



# Informationen zur **Kranken-Zusatzversicherung**

SIGNAL Krankenversicherung a. G.  
Stand: 01.01.2013

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

	Seite
<input checked="" type="checkbox"/> Informationen nach § 1 VVG-InfoV	3
<input checked="" type="checkbox"/> Leistungskurzübersicht der Tarife	5

## Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

<input checked="" type="checkbox"/> Teil I Musterbedingungen	
<input checked="" type="checkbox"/> Teil II SIGNAL Tarifbedingungen	8

### Teil III SIGNAL Tarife

#### Ergänzungstarife

<input type="checkbox"/> AmbulantBASISpur	14
<input type="checkbox"/> AmbulantSTARTpur	16
<input type="checkbox"/> AmbulantPLUS, AmbulantPLUSpur	19
<input type="checkbox"/> ZahnBASISpur	22
<input type="checkbox"/> ZahnSTARTpur	24
<input type="checkbox"/> ZahnPLUS, ZahnPLUSpur	27
<input type="checkbox"/> ZahnTOP, ZahnTOPpur	30
<input type="checkbox"/> KlinikUNFALLpur	33
und Informationsblatt zum Tarif KlinikUNFALLpur	35
<input type="checkbox"/> KlinikSTART, KlinikSTARTpur inkl. Dienstleistungsangebot	36
und Informationsblatt zum Tarif KlinikSTART(pur)	40
<input type="checkbox"/> KlinikPLUS, KlinikPLUSpur inkl. Dienstleistungsangebot	42
und Informationsblatt zum Tarif KlinikPLUS(pur)	46
<input type="checkbox"/> KlinikTOP, KlinikTOPpur inkl. Dienstleistungsangebot	48
und Informationsblatt zum Tarif KlinikTOP(pur)	52
Leistungsverzeichnis der Tarife KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur)	
und KlinikTOP(pur) für Sofortschutz-Leistungen	53
<input type="checkbox"/> KOMFORT-B-W, R-KOMFORT-B-W	55
<input type="checkbox"/> EXKLUSIV-B-W, R-EXKLUSIV-B-W	58
<input type="checkbox"/> EXKLUSIV-B-ES, R-EXKLUSIV-B-ES	61

#### Optionstarif

<input type="checkbox"/> flexSI	64
---------------------------------	----

#### Barleistungstarif

<input type="checkbox"/> EKH, R-EKH	65
-------------------------------------	----

<input type="checkbox"/>	<b>Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung</b>	
	Teil I Musterbedingungen	
	Teil II SIGNAL Tarifbedingungen	66
	Teil III SIGNAL Tarife	
<input type="checkbox"/>	<b>ESP-E</b>	72
<input type="checkbox"/>	<b>Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung</b>	
	Teil I Musterbedingungen	74
	Teil II Tarif PflegeBAHR	81
	<b>Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflege­tag­ge­geld­ver­si­che­rung</b>	
	Teil I Musterbedingungen	
	Teil II SIGNAL Tarifbedingungen	82
<input type="checkbox"/>	Teil III SIGNAL Tarif PflegeBAHRPLUS	87
<input type="checkbox"/>	Teil III SIGNAL Tarife PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP	89
	Leistungsverzeichnis für Assistancелеistungen und Kostenübernahmeleistungen	91
<input type="checkbox"/>	<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung</b>	93
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen</b>	94
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Preisverzeichnis für zahntechnische Leistungen</b> (gilt nur für die Tarife: ZahnBASISpur, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS(pur), ZahnTOP(pur))	100
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG und Angaben nach § 19 Abs. 1 VVG</b> (gilt nur für die elektronische Antragstellung mit Normalantrag)	102
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG und Gesundheitsangaben nach § 19 Abs. 1 VVG</b> (gilt nur für die elektronische Antragstellung mit vereinfachtem Antrag)	104
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht</b>	106
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Merkblatt zur Datenverarbeitung</b>	107
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe</b>	109
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Satzung der SIGNAL Krankenversicherung a. G.</b>	110

# Kundeninformation zur Krankenversicherung und/oder privaten Pflegepflichtversicherung

Informationen nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Im Rahmen der Beantragung des von Ihnen gewünschten Versicherungsschutzes erhalten Sie von uns verschiedene Dokumente (z.B. Produktinformationsblatt, Versicherungsbedingungen, ggf. Produktvorschlag) mit für Sie wichtigen Informationen. Die nachfolgend dargestellten Informationen sind entweder Ergänzungen oder aber von sehr großer Bedeutung für Sie, so dass sie hier nochmals gesondert aufgeführt werden.

## Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers sowie vertretungsberechtigte Personen

SIGNAL Krankenversicherung a. G.  
Joseph-Scherer-Str. 3  
44139 Dortmund,

Handelsregister B 2405, Amtsgericht Dortmund

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

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Kutz

Internet: [www.signal-iduna.de](http://www.signal-iduna.de)

E-Mail: [info@signal-iduna.de](mailto: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 Mediator 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](mailto: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.

---

**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

## 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.

Ergänzungstarife	
<b>AmbulantBASISpur</b>	<p>Ambulante Zusatzversicherung</p> <p>Erstattet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen (für Kinder und Jugendliche, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennung, allgemeine Vorsorge) und reisemedizinische Schutzimpfungen bis max. 125 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren</li> <li>- 100 % der Kosten für gesetzliche Zuzahlungen bis max. 125 EUR je Kalenderjahr</li> <li>- 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland (Auslandsreise-Krankenversicherung) bis 8 Wochen Reisedauer.</li> </ul> <p>Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>AmbulantSTARTpur</b>	<p>Ambulante Zusatzversicherung</p> <p>Erstattet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % der Kosten für Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) bis max. 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren (alternativ 500 EUR für LASIK-/ LASEK-Operation)</li> <li>- 100 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen (für Kinder und Jugendliche, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennung, allgemeine Vorsorge) und reisemedizinische Schutzimpfungen bis max. 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren</li> <li>- 80 % der Kosten für Heilpraktikerleistungen, Naturheilkunde durch Ärzte und Arzneimittel bis max. 250 EUR je Kalenderjahr</li> <li>- 100 % der Kosten für Hilfsmittel bis max. 250 EUR je Kalenderjahr</li> <li>- 100 % der Kosten für gesetzliche Zuzahlungen bis max. 250 EUR je Kalenderjahr</li> <li>- 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland (Auslandsreise-Krankenversicherung) bis 8 Wochen Reisedauer.</li> </ul> <p>Ferner bietet der Tarif ein Optionsrecht. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>AmbulantPLUS(pur)</b>	<p>Ambulante Zusatzversicherung</p> <p>Erstattet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % der Kosten für Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) bis max. 375 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren (alternativ 1.000 EUR für LASIK-/ LASEK-Operation)</li> <li>- 100 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen (für Kinder und Jugendliche, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennung, allgemeine Vorsorge) und reisemedizinische Schutzimpfungen bis max. 750 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren</li> <li>- 80 % der Kosten für Heilpraktikerleistungen, Naturheilkunde durch Ärzte und Arzneimittel bis max. 750 EUR je Kalenderjahr</li> <li>- 100 % der Kosten für Hilfsmittel bis max. 750 EUR je Kalenderjahr</li> <li>- 100 % der Kosten für gesetzliche Zuzahlungen bis max. 250 EUR je Kalenderjahr</li> <li>- 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland (Auslandsreise-Krankenversicherung) bis 8 Wochen Reisedauer.</li> </ul> <p>Die Beiträge des Tarifs AmbulantPLUSpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>ZahnBASISpur</b>	<p>Zahnärztliche Zusatzversicherung</p> <p>Versichert sind, unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der (Heil-)Fürsorgeleistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % der Kosten für Zahnersatz-Regelversorgung der GKV</li> <li>- 50 % der Kosten für höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen</li> <li>- 50 % der Kosten für Zahnbehandlung</li> <li>- 50 % der Kosten für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt)</li> </ul> <p>bis zu max. 2.000 EUR je Kalenderjahr.</p> <p>Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>ZahnSTARTpur</b>	<p>Zahnärztliche Zusatzversicherung</p> <p>Versichert sind, unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der (Heil-)Fürsorgeleistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % der Kosten für Zahnersatz-Regelversorgung der GKV</li> <li>- 50 % der Kosten für höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen</li> <li>- 50 % der Kosten für Zahnbehandlung</li> <li>- 50 % der Kosten für Zahnprophylaxe (inkl. professionelle Zahnreinigung) bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro je Kalenderjahr (ab Vollendung des 21. Lebensjahres)</li> <li>- 50 % der Kosten für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres beginnt)</li> </ul> <p>bis zu max. 2.000 EUR je Kalenderjahr.</p> <p>Ferner bietet der Tarif ein Optionsrecht. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>

<b>Ergänzungstarife (Fortsetzung)</b>	
<b>ZahnPLUS(pur)</b>	<p>Zahnärztliche Zusatzversicherung</p> <p>Versichert sind, unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der (Heil-)Fürsorgeleistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % der Kosten für Zahnersatz-Regelversorgung der GKV</li> <li>- 70 % der Kosten für höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen</li> <li>- 70 % der Kosten für Zahnbehandlung</li> <li>- 70 % der Kosten für Zahnprophylaxe (inkl. professionelle Zahnreinigung) bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro je Kalenderjahr (ab Vollendung des 21. Lebensjahres)</li> <li>- 70 % der Kosten für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres beginnt)</li> </ul> <p>bis zu max. 4.000 EUR je Kalenderjahr.</p> <p>Ferner bietet der Tarif ein Optionsrecht. Die Beiträge des Tarifs ZahnPLUSpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>ZahnTOP(pur)</b>	<p>Zahnärztliche Zusatzversicherung</p> <p>Versichert sind, unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der (Heil-)Fürsorgeleistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 % der Kosten für Zahnersatz-Regelversorgung der GKV</li> <li>- 90 % der Kosten für höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen</li> <li>- 90 % der Kosten für Zahnbehandlung</li> <li>- 90 % der Kosten für Zahnprophylaxe (inkl. professionelle Zahnreinigung) bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro je Kalenderjahr (ab Vollendung des 21. Lebensjahres)</li> <li>- 90 % der Kosten für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres beginnt).</li> </ul> <p>Die Beiträge des Tarifs ZahnTOPpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>KlinikUNFALLpur</b>	<p>Stationäre Zusatzversicherung nach Unfällen</p> <p>100 % Erstattung für das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; Ersatz-Krankenhaustagegeld, Krankenhauszuzahlung, Einweisungsklausel. Ferner beinhaltet der Tarif Assistanzenleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>KlinikSTART(pur)</b>	<p>Stationäre Zusatzversicherung nach Unfällen und bei bestimmten schweren Erkrankungen</p> <p>100 % Erstattung für das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; Ersatz-Krankenhaustagegeld, Krankenhauszuzahlung, Einweisungsklausel. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht und Assistanzenleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe. Die Beiträge des Tarifs KlinikSTARTpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>KlinikPLUS(pur)</b>	<p>Stationäre Zusatzversicherung nach Unfällen, bei bestimmten schweren Erkrankungen und generell ab dem 60. Lebensjahr</p> <p>100 % Erstattung für das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; Ersatz-Krankenhaustagegeld, Krankenhauszuzahlung, Einweisungsklausel. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht und Assistanzenleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe. Die Beiträge des Tarifs KlinikPLUSpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>KlinikTOP(pur)</b>	<p>Stationäre Zusatzversicherung</p> <p>100 % Erstattung für das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; Ersatz-Krankenhaustagegeld, Krankenhauszuzahlung, Einweisungsklausel, stationärsersetzende ambulante Operationen. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht und Assistanzenleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe. Die Beiträge des Tarifs KlinikTOPpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.</p>
<b>(R-) KOMFORT-B-W</b>	<p>Stationärer Ergänzungstarif für Personen mit Anspruch auf Beihilfe</p> <p>Erstattung für Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung entsprechend des versicherten Erstattungsprozentsatzes; Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht.</p>
<b>(R-) EXKLUSIV-B-W</b>	<p>Stationärer Ergänzungstarif für Personen mit Anspruch auf Beihilfe</p> <p>Erstattung für Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung entsprechend des versicherten Erstattungsprozentsatzes; Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht.</p>
<b>(R-) EXKLUSIV-B-ES</b>	<p>Ergänzungstarif für stationäre Leistungen (Restkosten) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe</p> <p>Prozentuale Erstattung abzüglich der Beihilfe für: Stationäre privatärztliche Behandlung, Differenz zwischen Einbett- und Zweibettzimmerzuschlag und Rücktransport aus dem Ausland. Zusätzliches Krankenhaustagegeld.</p>
<b>flexSI</b>	<p>Optionstarif für gesetzlich Krankenversicherte auf eine private Krankheitskosten-Vollversicherung oder -Zusatzversicherung.</p> <p>Sie sichern sich mit diesem Tarif das Recht, zu bestimmten Zeitpunkten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten Ihren Versicherungsschutz in eine Voll- oder Zusatzversicherung umzustellen.</p>





Barleistungstarife	
<b>(R-) EKH</b>	Krankenhaustagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes.
<b>PflegeBAHR</b>	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.
<b>PflegeBAHRPLUS</b>	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 Monats-sätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ferner beinhaltet der Tarif Assistancелеistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Beratung rund um die Pflege, Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegediensten, Begleit- und Menüservice, Haushaltshilfen, Pflegeschulung für Angehörige, Reha-Management.
<b>PflegeSTART</b>	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 Assistancелеistungen. 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.
<b>PflegePLUS</b>	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 Assistancелеistungen. 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.
<b>PflegeTOP</b>	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 Assistancелеistungen. 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.
<b>ESP-E</b>	Krankentagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes ab dem vereinbarten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

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

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes Teil I MB/KK

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:

Abweichend von § 1 Abs. 4 Teil I besteht während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bis zu zwölf Monaten auch ohne besondere Vereinbarungen Versicherungsschutz. Ab einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten wird von einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ausgegangen; es gelten die Regelungen in § 15 Abs. 3 Teil II. Bei der Berechnung eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen nicht berücksichtigt.

(2) Ergänzend zu § 1 Abs. 2 Teil I ist Versicherungsfall auch die medizinisch notwendige künstliche Befruchtung unter der Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist, eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht. Erstattungsfähig sind bis zu drei Versuche der künstlichen Befruchtung.

(3) Abweichend von § 1 Abs. 5 Teil I begrenzt der Versicherer seine Leistungen bei den dort aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).

#### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

##### Teil I MB/KK

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

##### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

(2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gem. § 2 Abs. 2 Teil I erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

(3) Abweichend von § 2 Abs. 2 Teil I wird bei der Bewertung des Versicherungsschutzes die Höhe des Selbstbehaltes nicht berücksichtigt, solange sich das Leistungsversprechen des versicherten Tarifes nur durch einen unterschiedlichen absoluten Selbstbehalt unterscheidet, d.h. der Selbstbehalt darf beim nachzuversichernden Neugeborenen auch niedriger sein, als der des versicherten Elternteils.

#### § 3 Wartezeiten

##### Teil I MB/KK

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate

nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen bei einem vom Versicherer zu bestimmenden Arzt untersuchen lassen. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller. Die Vordrucke für die ärztliche Untersuchung stellt der Versicherer zur Verfügung. Die Bindung des Antragstellers an seinen Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs der ärztlichen Zeugnisse beim Versicherer. Erhält der Versicherer die ärztlichen Zeugnisse nicht innerhalb von drei Wochen nach Zugang der Vordrucke beim Antragsteller zurück, so gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(2) Der Tarif (Teil III) kann Regelungen für einen generellen Verzicht auf Wartezeiten vorsehen.

#### § 4 Umfang der Leistungspflicht

##### Teil I MB/KK

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankung wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 Abs. 5 Teil I ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern.

Eine vorherige Leistungszusage ist auch dann nicht erforderlich, wenn während des Aufenthaltes in einer Krankenanstalt im Sinne des § 4 Abs. 5 Teil I eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.

(2) Ergänzend zu § 4 Abs. 4 Teil I erstattet der Versicherer auch die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Bundeswehrkrankenhäusern.

(3) Der Versicherer erstattet auch die Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Krankenhausambulanzen und medizinischen Versorgungszentren, sofern ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht. Zudem werden in der Krankheitskostenvollversicherung die Kosten der Versorgung in einem stationären Hospiz erstattet.

(4) Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

(5) Ergänzend zu § 4 Teil I bietet der Versicherer in der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) und,

soweit es der Tarif (Teil III) vorsieht, auch in den Ergänzungstarifen dem Kunden im Versicherungsfall Kostenberatung durch Überprüfung von Kostenvoranschlägen und Rechnungen sowie rechtliche Unterstützung bei gebührenrechtlichen Fragen an.

Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

In der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) bietet die SIGNAL Krankenversicherung a. G. darüber hinaus medizinische Informationen und begleitende medizinische Beratung im Einzelfall an.

Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

#### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

##### Teil I MB/KK

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegseignisse 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 Aufenthaltswort 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 Kriegseignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a) Teil I.
- (4) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegseignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.
- (5) Abweichend von § 5 Abs. 1 d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die Anschlussheilbehandlung der Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird.



## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

### Teil I MB/KK

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Heilbehandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und Steigerungssatz sowie jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, sind die Kostenbelege mit einer Bestätigung der gesetzlichen Krankenversicherung über die von ihr gezahlten Beträge vorzulegen.

(2) Ist eine SIGNAL Klinik-Card ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach § 6 Abs. 6 Teil I insoweit nicht.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

### Teil I MB/KK

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

### Pflichten des Versicherungsnehmers

## § 8 Beitragszahlung

### Teil I MB/KK

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

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

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

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

(2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

(3) Abweichend von § 8 Abs. 7 Teil I kann auch die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags zu einer der in § 8 Abs. 6 Teil I genannten Versicherungen unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(4) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 Teil I ist der Beitrag von dem Tag der Geburt an zu entrichten.

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

(6) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung  
Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:

a) Wird Beitragsrückerstattung für einen Tarif ausgezahlt oder gutgeschrieben, so wird sie für die versicherten Personen gewährt, die nach diesem Tarif ein volles Kalenderjahr versichert waren und für die aus dieser Zeit zu diesem Tarif keine Leistungen beansprucht wurden. Dabei sind Umstufungen innerhalb anspruchsberechtigter Tarife nicht BRE-schädlich. Bestanden die

anspruchsberechtigten Tarife kein volles Kalenderjahr, weil sie im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung erstmals im abgelaufenen Kalenderjahr abgeschlossen wurden, so wird eine anteilige Beitragsrückerstattung gewährt.

- b) Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung ist nicht gegeben, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum 31. März des folgenden Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind oder der Vertrag aus anderen Gründen als Tod oder Eintritt der Krankenversicherungspflicht am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht.
- c) Die Beitragsrückerstattung kann frühestens einen Monat nach der Veröffentlichung der Jahresrechnung für das abgelaufene Kalenderjahr, nicht jedoch vor dem 1. Juli verlangt werden.

## § 8 a Beitragsberechnung

### Teil I MB/KK

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; 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 Alterwerdens 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 Basisarif 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 Schadens oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs 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 Versichers 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 Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung 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 ersetzende 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 Altersrückstellung 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 Altersrückstellung 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 länderspezifischen Liste des Versicherers. Eine Anpassung des Beitragszuschlags kann gemäß § 8 b Teil I und II erfolgen.

## Sonstige Bestimmungen

## § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

### Teil I MB/KK

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

## § 17 Gerichtsstand

### Teil I MB/KK

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

## § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

### Teil I MB/KK

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

## § 19 Wechsel in den Standardtarif

### Teil I MB/KK

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b

SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

## § 20 Wechsel in den Basistarif

### Teil I MB/KK

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

---

**Teil III Tarif 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



## 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, Schiellvorsorge, 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 Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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

Als tariflicher Vornachschuß 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 Sehhilferversorgung
- 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

## 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, Schiellvorsorge, 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 Vornachschuss 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)

## **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, Schiellvorsorge, 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, Thermo-therapie).

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 Vornachschuss 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 AmbulantPLUS 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**



## 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 Alterswunders gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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

Als tariflicher Vorhundertsatz 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

## 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. knochenbauende/vermehrnde 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.

---

## 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 Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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

Als tariflicher Vornhundertsatz 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)



## **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 nachzu-

weisen. 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. knochenbauende/vermehrnde 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 Vornachschuss 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)



## 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/vermehrnde 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 Vorhundertsatz 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 Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

## Tarif KlinikUNFALLpur

### Ergänzungsschutz für stationäre Behandlung bei Unfall

## KlinikUNFALLpur

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 Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,

- sowie für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungs- mittel- 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

Erstattungs-fähig 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 Bundespflege-satzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausesentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibett-zimmer.

##### 1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV 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 Kosten-erstattung 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 KlinikUN-FALLpur 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 Alters wirdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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

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



# 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 (=Höchsatz),
- 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-Krankhaustagegeld 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).

# Tarif KlinikSTART

## Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

KlinikSTART

Produktlinie Klinik

### Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

#### Tarifleistungen KlinikSTART:

##### Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall bzw. bei bestimmten schweren Erkrankungen

- 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 bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 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
- 4 Schwere Erkrankungen

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

- 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikSTART
  - 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
    - 1.1.1 Ärztliche Leistungen
    - 1.1.2 Stationäre Unterbringung
    - 1.1.3 Krankenhauswahl
    - 1.1.4 Krankenhaustagegeld
    - 1.1.5 Gesetzliche Zuzahlung
    - 1.1.6 Sofortschutz
      - 1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
      - 1.1.6.2 Geltungsbereich
      - 1.1.6.3 Voraussetzungen
  - 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
    - 1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
    - 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
    - 1.2.3 Rückführungskosten
    - 1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

#### C Optionsrecht

- 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikSTART
- 2 Voraussetzungen
- 3 Optionsvorteil
- 4 Beantragungsfrist
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Beiträge
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

#### D Anpassungsvorschriften

#### E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikSTART (KlinikSTARTpur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Automatischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
- 4 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
- 5 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)

#### Inhalt Dienstleistungsangebot gem. § 4 Absatz 5 Teil II

### Tarif KlinikSTART

#### Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

##### Der Tarif KlinikSTART 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)

- 1.1 Der Tarif KlinikSTART kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikSTART.
- 1.2 Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nur im Rahmen der Sonderbedingungen des Tarifs KlinikSTART (Abschnitt E) versicherungsfähig.

##### 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 gezerzt 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-, Nahrungs- mittel- 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.

Fassung 01.2012

#### 4 Schwere Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Sofern die Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend.

Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der oben genannten schweren Erkrankungen vorliegt, so endet der Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

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

##### 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikSTART

###### 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die unter 1.1.1 bis 1.1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach 1.1.5, sofern diese nachweislich auf

- einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. A 3) bzw.
- eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung (vgl. A 4)

zurückzuführen sind.

Wird keine Kostenerstattung nach 1.1.1 bis 1.1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach 1.1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach 1.1.6.

###### 1.1.1 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.

###### 1.1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

###### 1.1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und 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 Gesamtbe-

trag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

###### 1.1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kosten-erstattung gemäß 1.1.1 bis 1.1.3 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.

###### 1.1.5 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).

###### 1.1.6 Sofortschutz

###### 1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlussilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikSTART für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

###### 1.1.6.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach 1.1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

###### 1.1.6.3 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
- oder es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. A 4) und zur Behandlung dieser 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.

###### 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung 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 oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

###### 1.2.1 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.

###### 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus.

###### 1.2.3 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 Erkrankung oder 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 Erkrankung oder 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.

#### 1.2.4 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.

### C Optionsrecht

#### 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikSTART

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 KlinikSTART das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

#### 2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach Tarif KlinikSTART vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

#### 3 Optionsvorteil

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 nach Tarif KlinikSTART entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

#### 5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikSTART in Anwartschaft geführt wird.

#### 6 Beiträge

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 Berechnungsgrundlagen angerechnet.

#### 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

### D Anpassungsvorschriften

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

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

### E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikSTART (KlinikSTARTpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen. Die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikSTART auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

#### 1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch "pur" ergänzt (KlinikSTARTpur).

#### 2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

#### 3 Automatischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55

Vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, entfallen die Sonderbedingungen und die Versicherung wird automatisch nach Tarif KlinikSTART bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen weitergeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Umstellung 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 nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur) ohne Bildung von Alterungsrückstellungen weiterführen, kann er die Vertragsänderung innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach Wegfall der Sonderbedingungen durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung widerrufen.

#### 4 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag

Ergänzend zu E 3 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

#### 5 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)

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.



---

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

---

### **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.

# Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikSTART(pur)

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 oder auf eine der folgenden schweren Erkrankungen zurückzuführen sind:

- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/ Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

## 2. Wie wird bei schweren Erkrankungen verfahren?

Sollte eine der vorgenannten Erkrankungen erst im Laufe der stationären Heilbehandlung festgestellt werden können, genügt ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht, um die tariflichen Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Der Anspruch auf Leistungen erlischt spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose, wenn sich der Verdacht auf eine der vorgenannten schweren Erkrankungen nicht bestätigt.

## 3. 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.

## 4. 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.

## 5. Für welche Art der Unterbringung erhalte ich Leistungen?

Erstattet werden 100 % der Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

## 6. 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 Vorweisung der GKV bis zu einem Betrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt erstattungsfähig.

## 7. Werden die gesetzlichen Zuzahlungen erstattet?

Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage eines stationären Krankenhausaufenthaltes werden zu 100 % erstattet.

## 8. 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-Krankhaustagegeld in Höhe von 40 EUR für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) erstattet.

## 9. 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.

## 10. Welche Leistungen erhalte ich nach einem Unfall oder bei akuter Erkrankung im Ausland?

Erstattungsfähig sind die Kosten der medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, des Krankentransports in das nächstgelegene Krankenhaus, eines medizinisch notwendigen Krankenrück-

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

---

transports (nicht für Begleitperson) bzw. bei Tod der versicherten Person die Bestattungskosten im Ausland oder die Überführungskosten.

**11. Welche Besonderheiten gelten für die Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)?**

Die pur-Tarifvariante KlinikSTARTpur bildet keine Rückstellungen für das Alter, d. h. der Beitrag steigt bei Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe.

Während der Vertragslaufzeit ist ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit ein Wechsel in die entsprechende Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen und gleichem Leistungsumfang (von KlinikSTARTpur in KlinikSTART) möglich. Die Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen zeichnet sich dadurch aus, dass es keine Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens gibt.

Zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, entfallen automatisch die Sonderbedingungen und die Versicherung wird nach Tarif KlinikSTART weitergeführt.

Ist ein Entfall der Sonderbedingungen nicht gewünscht, so kann der Versicherungsnehmer die Vertragsänderung innerhalb von zwei Monaten nach Entfall der Sonderbedingungen schriftlich widerrufen.

# Tarif KlinikPLUS

## Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

KlinikPLUS

Produktlinie Klinik

### Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

#### Tarifleistungen KlinikPLUS:

##### Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall bzw. bei bestimmten schweren Erkrankungen

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung
- oder 40 EUR Krankentagegeld (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 bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

##### Tarifleistungen KlinikPLUS ab Alter 60:

Der Tarif KlinikPLUS erstattet ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, immer die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland und somit auch dann, wenn es sich nicht um einen Unfall oder eine bestimmte schwere Erkrankung nach diesem Tarif handelt. Dies gilt auch für den Krankenhaus-Sofortschutz.

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
- 4 Schwere Erkrankungen

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

- 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS
  - 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
    - 1.1.1 Ärztliche Leistungen
    - 1.1.2 Stationäre Unterbringung
    - 1.1.3 Krankenhauswahl
    - 1.1.4 Krankentagegeld
    - 1.1.5 Gesetzliche Zuzahlung
    - 1.1.6 Sofortschutz
      - 1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
      - 1.1.6.2 Geltungsbereich
      - 1.1.6.3 Voraussetzungen
  - 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
    - 1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
    - 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
    - 1.2.3 Rückführungskosten
    - 1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten
- 2 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS ab Alter 60

#### C Optionsrecht

- 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikPLUS
- 2 Voraussetzungen
- 3 Optionsvorteil
- 4 Beantragungsfrist
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Beiträge
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

#### D Anpassungsvorschriften

#### E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikPLUS (KlinikPLUSpur)

- 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 (KlinikPLUSpur)

#### Inhalt Dienstleistungsangebot gem. § 4 Absatz 5 Teil II

### Tarif KlinikPLUS

#### Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

#### Der Tarif KlinikPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung:

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 Der Tarif KlinikPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikPLUS.
- 1.2 Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nur im Rahmen der Sonderbedingungen des Tarifs KlinikPLUS (Abschnitt E) versicherungsfähig.

##### 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 gezerzt 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,

Fassung 01.2012

- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,
- sowie für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungs- mittel- 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.

#### 4 Schwere Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Sofern die Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend.

Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der oben genannten schweren Erkrankungen vorliegt, so endet der Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

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

#### 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS

##### 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die unter 1.1.1 bis 1.1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach 1.1.5, sofern diese nachweislich auf

- einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. A 3) bzw.
- eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung (vgl. A 4)

zurückzuführen sind.

Wird keine Kostenerstattung nach 1.1.1 bis 1.1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach 1.1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach 1.1.6.

##### 1.1.1 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.

##### 1.1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflege-satzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibett-zimmer.

##### 1.1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und 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.

##### 1.1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kosten-erstattung gemäß 1.1.1 bis 1.1.3 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.

##### 1.1.5 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).

##### 1.1.6 Sofortschutz

###### 1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikPLUS für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

###### 1.1.6.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach 1.1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

###### 1.1.6.3 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
- oder es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. A 4) und zur Behandlung dieser 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.

##### 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung 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 oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

###### 1.2.1 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.



### 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus.

### 1.2.3 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 Erkrankung oder 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 Erkrankung oder 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.

### 1.2.4 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.

### 2 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS ab Alter 60

Mit Beginn des Kalenderjahres der Vervollendung des 60. Lebensjahres bestehen die Leistungsansprüche nach Tarif KlinikPLUS Ziffern 1.1.1 bis 1.1.6 unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung.

## C Optionsrecht

### 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikPLUS

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 Vervollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikPLUS das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

### 2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach Tarif KlinikPLUS vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

### 3 Optionsvorteil

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 nach Tarif KlinikPLUS entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

### 5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikPLUS in Anwartschaft geführt wird.

### 6 Beiträge

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.

### 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

## D Anpassungsvorschriften

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

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

## E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikPLUS (KlinikPLUSpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen. Die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikPLUS auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

### 1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch "pur" ergänzt (KlinikPLUSpur).

### 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 (KlinikPLUSpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach Tarif KlinikPLUS 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 E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vervollendung 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 (KlinikPLUSpur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vervollendung 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.

---

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

---

### **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.

## Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikPLUS(pur)

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 oder auf eine der folgenden schweren Erkrankungen zurückzuführen sind:

- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/ Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Zusätzlich erstattet der Tarif KlinikPLUS(pur) ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, immer die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland und somit auch dann, wenn es sich nicht um einen Unfall oder eine bestimmte schwere Erkrankung handelt.

### 2. Wie wird bei schweren Erkrankungen verfahren?

Sollte eine der vorgenannten Erkrankungen erst im Laufe der stationären Heilbehandlung festgestellt werden können, genügt ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht, um die tariflichen Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Der Anspruch auf Leistungen erlischt spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose, wenn sich der Verdacht auf eine der vorgenannten schweren Erkrankungen nicht bestätigt.

### 3. 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.

### 4. 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.

### 5. Für welche Art der Unterbringung erhalte ich Leistungen?

Erstattet werden 100 % der Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

### 6. 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.

### 7. Werden die gesetzlichen Zuzahlungen erstattet?

Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage eines stationären Krankenhausaufenthaltes werden zu 100 % erstattet.

### 8. 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.

### 9. 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-Anschlussilfe 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.

---

**10. Welche Leistungen erhalte ich nach einem Unfall oder bei akuter Erkrankung 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.

**11. Welche Besonderheiten gelten für die Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur)?**

Die pur-Tarifvariante KlinikPLUSpur bildet keine Rückstellungen für das Alter, d. h. der Beitrag steigt bei Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe.

Während der Vertragslaufzeit ist ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit ein Wechsel in die entsprechende Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen und gleichem Leistungsumfang (von KlinikPLUSpur in KlinikPLUS) möglich. Die Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen zeichnet sich dadurch aus, dass es keine Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens gibt.

Zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, entfallen die Sonderbedingungen und es erfolgt eine obligatorische Fortführung der Versicherung nach Tarif KlinikPLUS.

Ist die obligatorische Fortführung nicht gewünscht, so kann die Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Vertragsänderung durch schriftliche Mitteilung beendet werden.

# Tarif KlinikTOP

## Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

KlinikTOP

Produktlinie Klinik

### Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

#### Tarifleistungen KlinikTOP:

##### Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung
- oder 40 EUR Krankentagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

##### Krankenhaus-Sofortschutz

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

##### Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 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

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

- 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikTOP
  - 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
    - 1.1.1 Ärztliche Leistungen
    - 1.1.2 Stationäre Unterbringung
    - 1.1.3 Krankenhauswahl
    - 1.1.4 Krankentagegeld
    - 1.1.5 Ambulante Operationen
    - 1.1.6 Gesetzliche Zuzahlung
    - 1.1.7 Sofortschutz
      - 1.1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz
      - 1.1.7.2 Geltungsbereich
      - 1.1.7.3 Voraussetzungen
  - 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
    - 1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
    - 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
    - 1.2.3 Rückführungskosten
    - 1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

#### C Optionsrecht

- 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP
- 2 Voraussetzungen
- 3 Optionsvorteil
- 4 Beantragungsfrist
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Beiträge
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

#### D Anpassungsvorschriften

#### E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP (KlinikTOPpur)

- 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 (KlinikTOPpur)

#### Inhalt Dienstleistungsangebot gem. § 4 Absatz 5 Teil II

### Tarif KlinikTOP Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikTOP gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung:

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 Der Tarif KlinikTOP kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikTOP.

1.2 Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nur im Rahmen der Sonderbedingungen des Tarifs KlinikTOP (Abschnitt E) versicherungsfähig.

##### 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 Leistungsumfang nach Tarif KlinikTOP

##### 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die unter 1.1.1 bis 1.1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland, die unter 1.5 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach 1.1.6.

Wird keine Kostenerstattung nach 1.1.1 bis 1.1.3 beansprucht, so wird ein Krankentagegeld nach 1.1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach 1.1.7.

##### 1.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden 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 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

Fassung 07.2011



### 1.1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflege-satzverordnung (BPfIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibett-zimmer.

### 1.1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfIV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, wel-che 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 Rah-men der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbe-trag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

### 1.1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kosten-erstattung gemäß

- 1.1.1 und 1.1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Kranken-haustagegeld in Höhe von 25 EUR,
- 1.1.2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 15 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

### 1.1.5 Ambulante Operationen

Erstattet werden zu 100 % die nach Vorleistung der GKV verblei-benden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistun-gen

- einer eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie
- der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehand-lungen im Krankenhaus.

Von der Erstattungspflicht erfasst sind Operationen, die im gemäß § 115 b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die ambulante Operation in einem nach 1.1.3 anerkannten Krankenhaus, von einem dort ange-stellten liquidationsberechtigten Ober- oder Chefarzt bzw. für dieses Krankenhaus dauerhaft tätigen Belegarzt durchgeführt wird.

Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. ist im Vorfeld über die geplante, eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Opera-tion in Kenntnis zu setzen.

### 1.1.6 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzah-lungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs. 4 SGB V).

### 1.1.7 Sofortschutz

#### 1.1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Opera-tion gemäß 1.1.5 besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kosten-übernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Lei-stungsverzeichnis des Tarifs KlinikTOP für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

#### 1.1.7.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach 1.1.7.1 be-schränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutsch-land.

#### 1.1.7.3 Voraussetzungen

Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es wird eine stationäre Behandlung bzw. eine eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation gemäß 1.1.5 durchge-führt
- und der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Te-lefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

### 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzu-führenden erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.2.1 und 1.2.2 für medi-zinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Kran-kentransport sowie die unter 1.2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankentrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach 1.2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundes-republik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Aus-land zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetrete-ne Erkrankungen für:

#### 1.2.1 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 dia-gnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaft-lich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankenge-schichten führen.

#### 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentrans-port in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von B 1.2.1.

#### 1.2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich ange-ordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitper-son) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktranspor-tes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufent-haltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichen-de medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine wei-tere 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 Erkrank-ung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbe-handlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

#### 1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestat-tung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu einer Höhe von 11.000 EUR erstattet.

## C Optionsrecht

### 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP

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 KlinikTOP das Recht, den bestehen-den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeit-punkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören und alleine Leistungen für sta-tionäre Heilbehandlung vorsehen.

### 2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach Tarif KlinikTOP vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

### 3 Optionsvorteil

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 nach Tarif KlinikTOP entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

### 5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikTOP in Anwartschaft geführt wird.

### 6 Beiträge

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 Berechnungsgrundlagen angeordnet.

### 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

## D Anpassungsvorschriften

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

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

## E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP (KlinikTOPpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen. Die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikTOP auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

### 1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch "pur" ergänzt (KlinikTOPpur).

### 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 (KlinikTOPpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP 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 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 (KlinikTOPpur)

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.

---

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

---

### **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.

## Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikTOP(pur)

Produktlinie Klinik

### 1. Unter welcher Voraussetzung erhalte ich Leistungen aus dem Tarif?

Die tariflichen Leistungen werden für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Deutschland erstattet.

### 2. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?

Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung nach der geltenden 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 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der 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).

### 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?

Es wird ein Ersatz-Krankentagegeld für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag)

in Höhe von

- 15 EUR erstattet, wenn keine Leistungen für die Unterkunft im Zweibettzimmer beansprucht werden,
- 25 EUR erstattet, wenn keine Leitungen für Chefarztbehandlung und die Wahl eines anderen Krankenhauses beansprucht werden.

### 8. Welche Leistungen erhalte ich bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen?

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für privatärztliche Behandlung bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen.

Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. ist im Vorfeld über die geplante Maßnahme in Kenntnis zu setzen.

### 9. 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.

### 10. Welche Leistungen erhalte ich nach einem Unfall oder bei akuter Erkrankung im Ausland?

Erstattungsfähig sind die Kosten der medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, des Krankentransports in das nächstgelegene Krankenhaus, eines medizinisch notwendigen Krankentransports (nicht für Begleitperson) bzw. bei Tod der versicherten Person die Bestattungskosten im Ausland oder die Überführungskosten.

### 11. Welche Besonderheiten gelten für die Sonderbedingungen (KlinikTOPpur)?

Die pur-Tarifvariante KlinikTOPpur bildet keine Rückstellungen für das Alter, d. h. der Beitrag steigt bei Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe.

Während der Vertragslaufzeit ist ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit ein Wechsel in die entsprechende Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen und gleichem Leistungsumfang (von KlinikTOPpur in KlinikTOP) möglich. Die Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen zeichnet sich dadurch aus, dass es keine Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens gibt.

Zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, entfallen die Sonderbedingungen und es erfolgt eine obligatorische Fortführung der Versicherung nach Tarif KlinikTOP.

Ist die obligatorische Fortführung nicht gewünscht, so kann die Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Vertragsänderung durch schriftliche Mitteilung beendet werden.



# Leistungsverzeichnis der Tarife KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur) und KlinikTOP(pur) für Sofortschutz-Leistungen

Die nachfolgend dargestellten Sofortschutz-Leistungen werden unter den in den Tarifen KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur) und KlinikTOP(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) 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



---

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 Bau-firmen
- 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.

### Teil III Tarife KOMFORT-B-W und R-KOMFORT-B-W Krankheitskosten- tarife 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

### 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 Beihilfavorschriften 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 mit Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird. Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe KOMFORT-B-W 20V wird über das 65. Lebensjahr hinaus unverändert 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
Erstattungsprozentsatz	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 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (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 (BPIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

#### 3 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kosten-erstattung 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 VVG (Nichtzahlung der Beiträge, 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 gewährleisten.

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 Vornachrichtsatz 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 EXKLUSIV-B-W und R-EXKLUSIV-B-W Krankheitskosten-  
tarife für stationäre Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte**

---

**EXKLUSIV-B-W**  
Produktlinie Beihilfe Unisex

---

<b>Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:</b>
--

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.

<b>Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:</b>
---

**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 mit Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird. Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 20V wird über das 65. Lebensjahr hinaus unverändert 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
Erstattungsprozentsatz	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 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (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 (BPFV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

#### 3 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenersatzung gemäß Abschnitt B 1 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR. Wird keine Kostenersatzung 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.

aufenthaltes 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.

Sofort 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 VVG (Nichtzahlung der Beiträge, 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 Vorhundertsatz 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 Alterwerdens 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.



SIGNAL Krankenversicherung a. G.

---

### 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



## 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 Krankenhausstagegeldversicherung.

**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 Beihilfavorschrift 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
Erstattungsprozentsatz	85	80	75	70	65	50	30

Wird Krankenhausstagegeld 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 Beihilfavorschriften 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 (BPIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

### 3 Krankenhausstagegeld

Bei stationärer Krankenhausbehandlung sowie bei stationärer Entbindung erhält die versicherte Person pro Tag ein Krankenhausstagegeld 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 Vorhundertsatz 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.

<b>E Sonstige Bestimmungen</b>
--------------------------------

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.

## Teil III Tarif flexSI Optionstarif für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

flexSI

**Der Tarif flexSI 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

**Versicherungsfähigkeit** (zu § 1 Teil I und II)  
Versicherungsfähig sind Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

### B Optionsrecht

#### 1 Inhalt

Der Versicherungsnehmer erwirbt für die versicherten Personen nach Tarif flexSI zu den unter B. 3 festgelegten Zeitpunkten das Recht für den Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung oder Krankheitskostenzusatzversicherung.

Gleichzeitig kann in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen für Selbstständige bzw. von mindestens 42 Tagen bei Arbeitnehmern sowie eine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer der GKV begrenzt.

Der Abschluss erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009 bzw. § 3 Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009). Voraussetzung ist, dass die versicherten Personen für die beantragten Tarife versicherungsfähig sind.

Ein Anspruch auf Kranken- oder Pflegeversicherungsleistungen bzw. Krankentagegeld besteht nach Tarif flexSI nicht.

#### 2 Risikobeurteilung

Für die Festlegung eventueller Erschwerisse (z.B. Beitragszuschläge, Leistungsausschlüsse) ist nur der Gesundheitszustand der versicherten Person bei Abschluss des Tarifs flexSI maßgebend. Diese Erschwerisse werden bei Ausübung des Optionsrechts wirksam, angewandt auf die dann geltenden Beiträge der gewählten Tarife. Maßgeblich für die Festlegung von Erschwerissen sind insbesondere die vertraglich als risikorelevant beurteilten Diagnosen. Während der Optionszeit zusätzlich entstandene Krankheiten oder Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

#### 3 Zeitpunkte der Inanspruchnahme des Optionsrechts

Das unter B.1 genannte Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden,

- wenn für die versicherte Person in der deutschen GKV die Versicherungspflicht (gemäß § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V) endet oder die Voraussetzung für die Familienversicherung (gemäß § 10 SGB V) entfällt,
- wenn die freiwillige Mitgliedschaft für die versicherte Person in der deutschen GKV mit Ende einer Bindungsfrist aufgrund von Wahlтарифen gemäß § 53 SGB V endet,
- nach Ablauf von ein, zwei, drei, sechs oder neun vollen Jahren seit Beginn der Versicherung nach Tarif flexSI zum Beginn des unmittelbar folgenden Kalenderjahres,
- zum Beginn des auf die Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person folgenden Kalenderjahres.

Werden die gewünschten Tarife spätestens innerhalb von drei Monaten nach Eintritt einer der oben aufgeführten Zeitpunkte beantragt, beginnen diese im unmittelbaren Anschluss an die oben aufgeführten Zeitpunkte. Später ist eine erneute Risikobeurteilung erforderlich.

Der Nachweis über die Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Antrag auf eine Krankheitskostenvollversicherung beizufügen.

### C Ende der Versicherung nach Tarif flexSI und Fortführung nach anderem Tarif

Der Tarif flexSI endet für eine versicherte Person

- mit Inanspruchnahme des Optionsrechts oder
- mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Höchstversicherungsdauer von neun Jahren erreicht ist oder
- mit Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV
- spätestens jedoch mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird.

Wird die Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV binnen drei Monaten nach Beendigung dem Versicherer durch den Versicherungsnehmer nachgewiesen, endet die Versicherung nach Tarif flexSI rückwirkend zu diesem Zeitpunkt. Später stehen dem Versicherer die Beiträge bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem der Nachweis erfolgt ist.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht für die versicherten Personen zum Beginn des auf die Höchstversicherungsdauer von neun Jahren bzw. zum Beginn des auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres keinen Gebrauch, wird der Vertrag in einem Grund-Ergänzungsschutz für gesetzlich Versicherte (zurzeit Tarif GE) fortgeführt, sofern dieser nicht bereits versichert ist. Der Tarif flexSI endet zu diesem Zeitpunkt. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb von drei Monaten vom Ende des Tarifs flexSI an gerechnet rückwirkend zu diesem Zeitpunkt kündigen.

### D Beiträge

Der Beitrag für den Tarif flexSI ist mindestens für jeweils drei Kalenderjahre konstant. Er kann erstmals nach drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach Tarif flexSI zum Beginn des folgenden Kalenderjahres geändert werden. Zugrunde gelegt wird dann der jeweils gültige Neugeschäftsbeitrag. Insofern finden die Bestimmungen zur Beitragsanpassung nach § 8 b Teil I MB/KK 2009 und Teil II SIGNAL Tarifbedingungen keine Anwendung.

Die Regelungen zur Umstellung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gemäß § 8 a Teil II SIGNAL Tarifbedingungen bleiben davon unberührt und finden Anwendung.

Da die Beiträge zum Tarif flexSI ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind, richtet sich der Beitrag für die beantragten Tarife bei Inanspruchnahme des Optionsrechts nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter.

## 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 Alterswerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a (2) Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.



# 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 Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruheversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhegrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) In den Tarifen mit Karenzzeiten ab 42 Tage werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung seines Entgeltes zusammenzählen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengezählt.

(2) Der Tarif kann Regelungen für eine Teilarbeitsunfähigkeit vorsehen.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

#### Teil I MB/KT

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

(3) Bei Übertritt aus einem Tarif mit niedrigeren Leistungen bzw. bei Erweiterung des Versicherungsschutzes und/oder bei Wahl kürzerer Karenzzeiten (Umstufungen) finden die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt der im Versicherungsschein genannte Zeitpunkt. Der Versicherer kann die Annahme des Antrages auf Umstufungen von besonderen Bedingungen abhängig machen. Insbesondere kann er zu den Beiträgen einen Risikozuschlag auf den der Mehrleistung entsprechenden Beitragsteil erheben oder die Leistungen für bestehende Krankheiten auf den bisherigen Leistungsumfang beschränken. Auf laufende Versicherungsfälle bezieht sich eine Umstellung, bei der eine Leistungsverbesserung erzielt wird, nicht.

### § 3 Wartezeiten

#### Teil I MB/KT

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Der Tarif kann Regelungen für einen Verzicht auf Wartezeiten vorsehen.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

#### Teil I MB/KT

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge 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 Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

## Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

(2) Abweichend von § 4 (4) Teil I wird die Leistungsverpflichtung für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall nicht berührt, wenn der Versicherer von seinem Recht auf Herabsetzung des Tagegeldes Gebrauch macht.

(3)

- Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.
- 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.
- 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.
- 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

- 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;
- wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutter-schutz). 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;
- 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;
- 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 Aufenthaltswort 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 Rehabilitations-träger 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 Altersrückstellung 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 Altersrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

## Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Für Jugendliche ist von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der niedrigste Erwachsenenbeitrag der versicherten Stufe zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitrags-erhöhung 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 Vorhundertssatz, 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 Vorhundertssatz 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 Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit (AU) ist dem Versicherer spätestens bis zu dem Tag zu melden, von dem an das Krankentagegeld gezahlt wird. Eine ärztliche Bescheinigung über die

AU mit Angabe aller Krankheiten (vollständige Diagnose) ist beizufügen oder innerhalb von drei Tagen nachzureichen.

Fortdauernde AU ist dem Versicherer 14-tägig nachzuweisen.

#### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

##### Teil I MB/KT

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

#### § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

##### Teil I MB/KT

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

#### § 12 Aufrechnung

##### Teil I MB/KT

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

#### Ende der Versicherung

#### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

##### Teil I MB/KT

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die



Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Für eine nachträglich mitversicherte Person endet das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des zuerst Versicherten.

#### § 14 Kündigung durch den Versicherer

##### Teil I MB/KT

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Sofern der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:

Für versicherte Personen, die keinen gesetzlichen Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers haben, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 1 Teil I, wenn eine Vorversicherung nach § 3 Abs. 5 Teil I anzurechnen ist. Der Kündigungsverzicht ist auf die Höhe des früheren Krankengeldanspruchs beschränkt.

Hätte bei Fortbestehen der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der ordentlichen Kündigung des Versicherers der Krankengeldanspruch allein aufgrund einer allgemeinen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze einen höheren Krankengeldanspruch ergeben, so verzichtet der Versicherer auch insoweit auf das ordentliche Kündigungsrecht.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

##### Teil I MB/KT

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Abweichend von den im Tarif (Teil III) geregelten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann die Krankentagegeldversicherung für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) von der Versicherungspflicht befreit wurden, auch im Falle von Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit solange weitergeführt werden, als sie Ansprüche gegen die Bundesagentur für Arbeit haben.

Die von der Bundesagentur für Arbeit für die versicherte Person erbrachten Leistungen (Arbeitslosengeld, Beitragszuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gemäß § 207 a SGB III sowie Beiträge für eine Antragspflichtversicherung zur gesetzlichen Rentenversicherung) bilden das versicherbare Einkommen. Dieses vermindert sich, wenn eine weitere Krankentagegeldversicherung besteht, um den dort vereinbarten Tagessatz. Ab Eintritt der Arbeitslosigkeit wird das Krankentagegeld bei gleichzeitiger Anpassung des Beitrages und gegebenenfalls vereinbarter Risikozuschläge auf das versicherbare Einkommen herabgesetzt. Eine entsprechende Anpassung wird auch bei einer Minderung der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit vorgenommen.

Das Krankentagegeld wird ab dem 43. Tag einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit anstelle der weggefallenen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit wird Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an, erbracht. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Soweit die Bundesagentur für Arbeit Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei ihren Leistungen zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.

Als berufliche Tätigkeit gemäß § 1 Abs. 3 Teil I gilt hinsichtlich der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit die von der Bundesagentur für Arbeit bei ihren Leistungen zugrunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit; sinngemäß gilt dies auch für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit gemäß § 15 Abs. 1 b) Teil I.

Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gemäß § 5 Abs. 1 d) Teil I gilt bei Arbeitslosigkeit sinngemäß.

Bei Wiederaufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses kann, soweit Versicherungsfähigkeit besteht, im Rahmen der bestehenden Tarife ein Krankentagegeld in Höhe des dann maßgeblichen Nettoeinkommens ohne erneute Risikoprüfung vereinbart werden. Gleichzeitig tritt die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit vereinbarte Karenzzeit wieder in Kraft. Wird der Antrag auf Umstellung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme gestellt, kann die Annahme höherer als zuletzt vereinbarter Tagegeldleistungen von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für diese Leistungen sind die Wartezeiten zu erfüllen.

(2) Entfallen die im Tarif (Teil III) festgelegten sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit, endet das Versicherungsverhältnis zunächst nicht. Hat der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten die sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit nicht geschaffen oder hat er kein Angestelltenverhältnis begründet, endet die Krankentagegeldversicherung, spätestens aber mit Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II).

(3) Wird das Versicherungsverhältnis wegen der Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist

innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen in dem selben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

(4) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, endet das Versicherungsverhältnis mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres kann der Neuabschluss einer Krankentagegeldversicherung nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) verlangt werden, sofern noch Versicherungsfähigkeit besteht.

#### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen**

##### **Teil I MB/KT**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

#### **§ 17 Gerichtsstand**

##### **Teil I MB/KT**

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über 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/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

### EinkommensSicherungs-Programm

#### 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 Rentenanspruch 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 Rentenanspruch 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 Renten-

zahlung 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

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 Einkommensenkung**

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 Vorhundertersatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5 %.



# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Teil I Musterbedingungen 2013  
für die geförderte ergänzende  
Pflegeversicherung  
(MB/GEVP 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 Pflegeversicherung 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 Zulagennummer für die förderfähige ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) teilt der Versicherer diese Zulagennummer 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) geförderte 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 Risiko (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 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 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 ausbezahlt, 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 Empfangsberechte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.

Fassung 01.2013

(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 Versicherungsunternehmen bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an das Versicherungsunternehmen 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 Beitrages, 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 Beitrages 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 Alterwerdens 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 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 Beiträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung 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 Kinder- und nachversicherung 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 Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

## § 15 Folgen der 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 Ruhezeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, 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 eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen 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 zwischen den Vertragsparteien 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 anzusehender 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 maßgeblichen 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 Ruhezeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht, für während der Ruhezeit 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 Ruhezeit 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 Ruhezeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhezeit 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 Tage 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 zum 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 geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erstes abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorge 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 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 zugrundeliegenden 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 geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

# Anhang - Gesetzesauszüge zu den AVB GEPV (MB/GEPV 2013)

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 Zubettgehen, 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 Antrag-

stellers 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 Pflegekasse 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. Beauftragt 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 Unfallversicherung 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 (Weglaufftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung 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, Verzögertheit, 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 (zulagenberechtigte 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 noch 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 Zulagenummer der zulagenberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer.

(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 Umfangs 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 Auskunftspflicht oder Aufklärungspflicht 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 bezieht 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 geförderten ergänzenden Pflegeversicherung

Der Tarif PflegeBAHR gilt in Verbindung mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Musterbedingungen MB/GEVP 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 gezerzt 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 Gewerkrankheiten 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 vorausgesehenen 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.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung

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

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (oder ein Pflegegeld\*) (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.\*

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

## Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall ein Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegetagegeldversicherung abweichend zu § 1 Abs. 11 Teil I auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland und in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

### Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

## Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

\*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

### § 3 Wartezeit

#### Teil I MB/EPV

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Abweichend von Teil I entfällt die Wartezeit bei Unfällen.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

#### Teil I MB/EPV

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

#### Teil I MB/EPV

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11\* solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;\*;
- e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;\*;
- f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

- (2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

#### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Abweichend von § 5 Abs. 1 c) Teil I besteht Leistungspflicht 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 Kriegereignissen 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 Pflegegeldleistung maßgebend. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe.

Dementsprechende Nachweise sind vom Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

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

- (3) Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe sowie über die Art der Pflege können vom Versicherer verlangt werden.

- (4) Fällige Pflegegelder werden für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit nachträglich ausgezahlt.

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

#### Teil I MB/EPV

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

#### Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

#### Teil I MB/EPV

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

\*) entfällt bei Pflegegeldversicherung



(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 Alterwerdens 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

\*) entfällt bei Pfl egetagegeldversicherung

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)\*.

(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 Umfangs 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.

#### **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 Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

#### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Für eine nachträglich mitversicherte Person endet das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des zuerst Versicherten.

### **§ 14 Kündigung durch den Versicherer**

#### **Teil I MB/EPV**

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

#### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß Teil I Abs. 1.

### **§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

#### **Teil I MB/EPV**

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.\*

\* ) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

(4) In der Pflagegeldversicherung 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 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 Versicherungsfalles 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 geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/EPV)), 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 allge-

meinen 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 Betreuungsleistungen 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/EPV) 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 Assistenzleistungen

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 Assistenzleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Abweichend von § 1 Abs. 8 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistenzleistungen, 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 Assistenzleistungen 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 (Assistenzleistungen) 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 vorausgegangen 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.



---

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.

<b>C Beiträge / Anpassungsvorschriften</b>
--

**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 Vorhundertsatz im Sinne von § 8 b Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

# 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 Gewerkrankheiten 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 Tarifs 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 Assistancelleistungen

5.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI besteht ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. Die Assistancelleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Abweichend von § 1 Abs. 8 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistancelleistungen, 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 Assistancelleistungen 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 (Assistancelleistungen) 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.

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

## Leistungsverzeichnis der Tarife PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP und PflegeBAHRPLUS für Assistenceleistungen

Folgende Assistenceleistungen 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 Dienstleistern 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 Essenslieferung 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, Botschläge 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.

#### Pfleges Schulung 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 Bau-firmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung

## A Abschluss der Anwartschaftsversicherung

### (1) Voraussetzung und Dauer

Eine Anwartschaftsversicherung kann vereinbart werden für die Dauer

- a) des Anspruchs auf freie Heilfürsorge,
  - b) der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht,
  - c) des Anspruchs auf Familienhilfe bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
  - d) eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes,
  - e) der Mutterschutzfristen und der Elternzeit, soweit es die Krankentagegeldversicherung betrifft,
  - f) der Berufsunfähigkeit bzw. des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente sowie der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, soweit es die Krankentagegeldversicherung betrifft,
  - g) einer wirtschaftlichen Notlage, soweit die Krankheitskostenversicherung nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung gem. § 193 Abs. 3 VVG dient.
- Eine Anwartschaftsversicherung nach g) kann nur für eine im Voraus begrenzte Dauer vereinbart werden (befristete Anwartschaftsversicherung).

Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

### (2) Versicherungsbedingungen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifes, soweit sie nicht durch die folgenden Bedingungen abgeändert sind.

## B Vertragsinhalt und Beendigung der Anwartschaftsversicherung

### (1) Leistung während der Vertragsdauer

Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

### (2) Anrechnung auf Wartezeiten

Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet. Entsprechendes gilt, wenn der Tarif Leistungshöchstsätze in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer vorsieht.

### (3) Fortfall der Anwartschaftsvoraussetzungen

Wenn die Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung fortfallen, gilt folgendes:

- a) Bei einer zeitlich nicht befristeten Anwartschaftsversicherung tritt die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zum 1. des Monats voll in Kraft, in dem der Grund, aus dem die Anwartschaftsversicherung beantragt wurde, entfällt. Den Fortfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten mitzuteilen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird die Frist nicht eingehalten, so erlischt die Versicherung zum Ende des Monats, in dem der Versicherer Kenntnis vom Wegfall der Voraussetzung zur Anwartschaftsversicherung erhielt, es sei denn, es wird ein erneuter Antrag gestellt. In diesem Falle kann das In-Kraft-Treten der Versicherung von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.
- b) Bei einer befristeten Anwartschaftsversicherung tritt die Versicherung unmittelbar anschließend ohne erneute Gesundheitsprüfung voll in Kraft.

### (4) Beitragszahlung

Die für die Anwartschaftsversicherung gezahlten Beiträge werden nicht zurückgezahlt, auch dann nicht, wenn der in Anwartschaft stehende Versicherungsschutz nicht in Kraft treten soll.

### (5) Anspruch auf Beitragsrückerstattung

Für Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung ganz oder teilweise bestanden hat, ist ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht gegeben.

### (6) Tarifwechsel

Sollte der in Anwartschaft stehende Tarif in einen anderen übergeführt, geändert oder anders bezeichnet werden, so sind diese Maßnahmen auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

### (7) Kündigung der Anwartschaftsversicherung

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungsnehmer steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

## C Grundsätze für die Beitragsfestsetzung

### (1) Beitragsberechnung

Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung ist das Produkt aus dem jeweils gültigen Prozentsatz und dem jeweils gültigen Bezugsbeitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifes.

Die Bemessung des in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegten Prozentsatzes richtet sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter, für bestehende Versicherungsverhältnisse nach dem bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z.B. Beitragsanpassungen).

Bezugsbeitrag ist der Tarifbeitrag zum jeweiligen Eintrittsalter, für bestehende Versicherungsverhältnisse der Beitrag zum bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z.B. Beitragsanpassungen).

### (2) Beitragsfestlegung

Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung ist bei der kleinen Anwartschaftsversicherung der dann gültige Tarifbeitrag zum dann erreichten Alter zu entrichten; bei der großen Anwartschaftsversicherung wird von diesem Zeitpunkt an für die Beitragsberechnung das bisher gültige Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z.B. Beitragsanpassungen) zugrunde gelegt.

## Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

### Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

#### § 12 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

...

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

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

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

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

### Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

#### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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 Abschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

#### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

#### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

#### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht 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 Kostenersatzung 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 sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfeszatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beibehaltungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basisstarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

#### § 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Kran-

kenversicherung), 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 §§ 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 den Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse

zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

### § 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

### § 38 Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

(2) Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrtkosten 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 Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

### § 39 Krankenhausbehandlung

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

### § 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

### § 55 Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

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

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsgesamtfürsorge 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 Kriegsgesamtfürsorge 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 Einnahmengrenze 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 Fahrtkosten

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrtkosten 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 Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenhausbehandlung 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 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 Beihilfegesetz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

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

#### § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

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

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

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

#### Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz

#### § 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 272 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 466, 661, 849, 1.104 oder 1.357 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des 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 Beschädigtenrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

#### **Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz**

##### **§ 1 Form und Voraussetzungen**

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.



## Zahntechnische Leistungen

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

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



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

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

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils versicherten Tarif.

Die genannten Beträge enthalten nicht die gesondert berechenbaren Materialkosten und nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer.

Änderungen sind vorbehalten.

## 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? <b>Nein</b> / <b>Ja</b> , bis zu 20 Stunden wöchentlich / <b>Ja</b> , 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?				
<b>Nein</b> / <b>Ja</b> , Auslandsaufenthalt / <b>Ja</b> , 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 %? <b>ja</b> oder <b>nein</b> Werden Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt? <b>nein</b> oder <b>ja</b>				
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?				

1200011 Jan'13



<b>Ggf. nähere Angaben zum beantragten/gewünschten Krankentagegeldtarif</b>		
Handelt es sich um einen Saisonbetrieb (z. B. Eisladen, Biergarten etc.)? <b>nein oder ja</b>		
Firmenname und -anschrift		
Wann wurde die Firma gegründet?		
Anmeldung bzw. Eintragung: beim Gewerbeamt <b>nein oder ja</b> / im Handelsregister <b>nein oder ja</b> / in Handwerksrolle <b>nein oder ja</b>		
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? <b>nein oder ja</b>		
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? <b>nein oder ja</b>		
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.		
<b>Fragen zum Gesundheitszustand an die zu versichernden Personen</b>		
Angabe je Person Körpergröße: _____ cm, Körpergewicht: _____ kg		
Wird eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) benötigt/getragen? <b>nein oder ja</b>		
Wenn ja, Dioptrienwerte: rechts/links		
Besteht eine Schwangerschaft (falls ja, bitte Kopie des Mutterpasses beifügen)? <b>nein oder ja</b>		
Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? <b>nein oder ja</b>		
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Körperschäden oder Beschwerden irgendwelcher Art? <b>nein oder ja</b>		
Erfolgt in den letzten 5 Jahren ambulante Behandlungen, Untersuchungen, Operationen oder wurden sie angeraten? <b>nein oder ja</b>		
Erfolgt in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte, Operationen oder wurden sie angeraten? <b>nein oder ja</b>		
Erfolgt in den letzten 10 Jahren eine ambulante oder stationäre psychiatrische/psychologische Behandlung oder wurde sie angeraten? <b>nein oder ja</b>		
Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen oder wird sie durchgeführt? <b>nein oder ja</b>		
<b>Zusätzliche Fragen, wenn eine Absicherung mit Zahnerstattungen oder ein Tarif mit Optionsrecht beantragt/gewünscht wird</b>		
Besteht eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose, Parodontitis)? <b>nein oder ja</b>		
Sind Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen angeraten (z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate)? <b>nein oder ja</b>		
Fehlen nicht ersetzte Zähne (außer Lückenschluss/Weisheitszähne/Milchzähne) oder sind Zähne überkront oder ersetzt? <b>nein oder ja</b>		
(z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)		
Wenn ja, Anzahl fehlende Zähne		
Wenn ja, Anzahl überkronte Zähne, ersetzte Zähne (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)		
<b>Nähere Angaben über die Gesundheitsverhältnisse:</b>		
Diagnose, Beschwerden, Befund, Medikamente/Dosierung, %-Satz der Erwerbsminderung/der Berufsunfähigkeit:		
Behandlung/Untersuchungen ambulant von - bis:		
Behandlung/Untersuchungen stationär von - bis:		
Erkrankungs-/Behandlungsdaten Operation(en): <b>nein oder ja</b> Folgeerscheinungen: <b>nein oder ja</b>		
Name und Anschrift des Leistungserbringers (z. B. Arztes, Zahnarztes, Heilpraktikers) des Krankenhauses oder Sanatoriums:		
<b>Wenn nur die nachfolgend genannten Tarife beantragt/gewünscht werden</b>		
<b>Tarife AmbulantSTARTpur, AmbulantPLUS, AmbulantPLUSpur, KlinikSTARTpur, KlinikSTART, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP, PflegeBAHRPLUS</b>		
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? <b>nein oder ja</b>		
<b>Tarife KlinikSTART, KlinikSTARTpur, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP, PflegeBAHRPLUS</b>		
Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____		
Beziehen Sie Leistungen aus einer Pflegeversicherung oder haben Sie diese Leistungen beantragt? <b>nein oder ja</b> (gilt nicht für die Tarife KlinikSTARTpur und KlinikSTART)		
Erfolgt in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: Muskel- oder Knochenschwund, Arthrosen, Arthritis, Blutgerinnungsstörungen, Demenz, Alzheimer, Lähmungen, Morbus Parkinson oder psychische Erkrankungen? <b>nein oder ja</b>		
<b>Zusätzlich nur für die Tarife KlinikSTARTpur und KlinikSTART zu beantworten:</b>		
Erfolgt 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, Lungenerkrankungen, Nierenerkrankungen, Nierenversagen, Verlust großer Extremitäten? <b>nein oder ja</b>		
<b>Tarife ZahnBASISpur, ZahnSTART, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP, ZahnTOPpur (nur unter 21jährige) und ZAHN PRO</b>		
Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen oder wird sie durchgeführt? <b>nein oder ja</b>		
<b>Tarife ZahnSTART, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP, ZahnTOPpur</b>		
Besteht eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose, Parodontitis)? <b>nein oder ja</b>		
Sind Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen angeraten (z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate)? <b>nein oder ja</b>		
Fehlen nicht ersetzte Zähne (außer Lückenschluss/Weisheitszähne/Milchzähne) oder sind Zähne überkront oder ersetzt (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)? <b>nein oder ja</b>		
Falls ja, bitte die Anzahl angeben:		
_____ fehlende Zähne _____ überkronte Zähne, ersetzte Zähne (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)		
<b>Tarife PflegePLUS, PflegeTOP</b>		
Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen anderer kontroll- oder behandlungsbedürftiger Erkrankungen statt? <b>nein oder ja</b>		
Wenn ja: Nähere Angaben		
<b>Fragen zu Vorversicherungen an die zu versichernden Personen</b>		
Besteht oder bestand eine gesetzliche/private Kranken- (GKV/PKV), soziale/private Pflegepflichtversicherung (SPV/PPV) oder wurde eine beantragte/bestehende PKV oder PPV abgelehnt oder gekündigt?		
<b>Wenn ja</b>		
<b>Versicherung/Vertrag besteht weiterhin oder</b>		
<b>Versicherung/Vertrag wurde vom Versicherer gekündigt oder</b>		
<b>Antrag wurde abgelehnt oder</b>		
<b>Versicherung/Vertrag wurde vom Versicherungsnehmer/von der versicherten Person gekündigt</b>		
Art der Versicherung	Krankenkasse <b>oder</b> Krankenkasse/Pflegekasse <b>oder</b> Gesellschaft/Pflegepflichtversicherung <b>oder</b> Gesellschaft/Kasse	abgelehnt am <b>oder</b> versichert seit <b>oder</b> von - bis <b>oder</b> versichert bis
Krankenhaustagegeld in EUR:	Kranken(tage)geld in EUR ab dem wievielten Tag der Arbeitsunfähigkeit:	laufend <b>nein oder ja</b>
<b>Ggf. weitere Angaben</b>		
Besteht (für den Antragsteller und die zu versichernden Person(en) mit einer Vollversicherung) beim derzeitigen privaten Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag? <b>nein oder ja</b>		
Ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL Krankenversicherung a.G. hinsichtlich meiner Angabe ggf. Nachfrage bei dem bisherigen privaten Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.		



---

## Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht und Gesundheitsangaben 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 **Vertrags-erklärung** 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.

---

## ● Gesundheitsangaben gemäß § 19 Abs. 1 VVG

---

Im Folgenden sind die je nach gewähltem Tarif zu beantwortenden Gesundheitsfragen aufgeführt. Diese sind bei Stellung eines Antrages bzw. einer Angebotsanfrage zu beantworten.

---

**Tarife AmbulantSTARTpur, AmbulantPLUS, AmbulantPLUSpur, KlinikSTARTpur, KlinikSTART, PflegeSTART, 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, Neurodermitis, Rheumatische Erkrankung, Schlaganfall? ☐ nein / ja

---

**Tarife KlinikSTART, KlinikSTARTpur, PflegeSTART, PflegeBAHRPLUS**

Größe (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Leistungen aus einer Pflegeversicherung oder haben Sie diese Leistungen beantragt? ☐ nein / ja (gilt nicht für die Tarife KlinikSTARTpur und KlinikSTART)

Erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: Muskel- oder Knochenschwund, Arthrosen, Arthritis, Blutgerinnungsstörungen, Demenz, Alzheimer, Lähmungen, Morbus Parkinson oder psychische Erkrankungen? ☐ nein / ja

Zusätzlich nur für die Tarife KlinikSTARTpur und KlinikSTART 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 / ja

---

**Tarif ZahnBASISpur, ZahnSTART, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP, ZahnTOPpur (nur unter 21jährige) und ZAHN PRO**

Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen oder wird sie durchgeführt? ☐ nein / ja

---

**Tarife ZahnSTART, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP, ZahnTOPpur**

Besteht eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose, Parodontitis)? ☐ nein / ja

Sind Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen angeraten (z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate)? ☐ nein / ja

Fehlen nicht ersetzte Zähne (außer Lückenschluss/Weisheitszähne/Milchzähne) oder sind Zähne überkront oder ersetzt (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)? ☐ nein / ja

Falls ja, bitte die Anzahl angeben:

\_\_\_\_\_ fehlende Zähne

\_\_\_\_\_ überkronte Zähne, ersetzte Zähne (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)

---

## 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.

---

\* Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

# Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 04.2011

## Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

## Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und Nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken-, Unfall- und Pflegepflichtversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen:

### 1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers/Maklers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

### 2 Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

### 3 Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören

z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

## 4 Hinweis- und Informationssystem

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir - ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie das Bestehen von Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Betroffene, deren Daten in HIS gespeichert werden, werden darüber informiert. Sie haben das Recht, von informa IRFP GmbH Auskunft darüber zu erhalten, ob und mit welchen Daten sie im System gespeichert sind (sog. Selbstauskunft).

Die Kontaktdaten von informa IRFP GmbH sind:

informa insurance risk and fraud prevention GmbH  
Rheinstraße 99  
76532 Baden-Baden

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de).

## Kompositversicherung

(Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Transportversicherung) Eine Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese Totalschäden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadenfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

## Rechtsschutzversicherung

Verträge werden gemeldet, wenn ungewöhnlich häufig Rechtsschutzfälle gemeldet werden. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zur Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen.

## Lebensversicherung

Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Außerdem können das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden, gemel-



det werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoe erhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen.

Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder - soweit zulässig - auf gesetzlicher Grundlage.

#### **5 Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe**

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldgänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheits- und Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Unternehmen an:

SIGNAL Krankenversicherung a. G.  
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG  
für Handwerk, Handel und Gewerbe  
SIGNAL Unfallversicherung a. G.  
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.  
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG  
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft  
ADLER Versicherung AG  
SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG  
ALLWEST Allgemeine Westfälische Sterbekasse  
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG

DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft  
DONNER & REUSCHEL Luxemburg S.A.  
DONNER & REUSCHEL TREUHAND-Gesellschaft mbH & Co. KG  
HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH  
HANSAINVEST LUX S.A.  
SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH  
SIGNAL IDUNA Bauspar AG  
Treuhand Contor Vermögensverwaltungs-Gesellschaft mit beschränkter Haftung

SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice Aktiengesellschaft  
SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler/Makler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Zur Zeit kooperieren wir mit:

HHG Unterstützungskasse für Handwerk, Handel und Gewerbe e.V.  
UBS - Union Bank of Switzerland bzw. deren Gesellschaften: UBS (Deutschland) AG, UBS Invest, UBS Intrag und UBS Anlage-Service GmbH  
Nationalbank Essen  
Westdeutsche ImmobilienBank (ImmoBank)

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

#### **6 Betreuung durch Versicherungsvermittler/-makler**

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler/Makler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in Finanzdienstleistungen berät. Vermittler/Makler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

Um seine Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler/Makler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler/Makler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler/Makler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler/Makler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler/Makler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unsere Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittler-/Maklervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

#### **7 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte**

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

## Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe

### Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

<ul style="list-style-type: none"> <li>● SIGNAL Krankenversicherung a. G. *</li> <li>● IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe *</li> <li>● SIGNAL Unfallversicherung a. G. *</li> <li>● Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. *</li> <li>● SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG *</li> <li>● SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG *</li> <li>● PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft *</li> <li>● ADLER Versicherung AG *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ALLWEST Allgemeine Westfälische Sterbegeldkasse a. G. *</li> <li>● DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG *</li> <li>● DONNER &amp; REUSCHEL Aktiengesellschaft</li> <li>● HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH</li> <li>● SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH</li> <li>● SIGNAL IDUNA Bauspar AG</li> <li>● SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice Aktiengesellschaft</li> <li>● SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung</li> <li>● SDV - Servicepartner der Versicherungsmakler AG</li> </ul>
---	---

### 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	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
	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
	Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH – Auto- und Reise- Assistance	24-Std.-Notruf-Service des ARCD-Gruppen-Reise-Krankenversicherungsvertrages	ja
	HVR Hamburger Vermögensschaden-Haftpflicht Risikomanagement GmbH	Antragsprüfung und Underwriting	nein

#### b) in Kategorien von Dienstleistern

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	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 Assistancelösungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein
	Aktenlagerung, Aktenvernichtung	Archivierung und Vernichtung von Akten und Unterlagen	ja
	Rechtsanwaltskanzleien	Anwaltliche Dienstleistung in begründeten Einzelfällen, Forderungseinzug	ja
SIGNAL Krankenversicherung a. G., Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja
	Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller	Hilfsmittelversorgung, Begutachtungen zur Hilfsmittelversorgung, aktive Kundenunterstützung	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Kliniken	Krankenversorgung, Begutachtungen	ja
	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 Jahresbeitragsentnahme 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 Mitgliederversammlung, 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 Mitgliederversammlung.

(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:

- Bestellung der Mitglieder des Vorstandes und Regelung ihrer Dienstverhältnisse,
- Bestimmung eines Abschlussprüfers gemäß § 341k Abs. 2 HGB in Verbindung mit § 318 Abs. 1 HGB,
- Bestellung des Treuhänders und seines Stellvertreters gemäß §§ 70 und 71 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
- die Bestellung des Verantwortlichen Aktuars gemäß §§ 12 Abs. 2, 11a Abs. 2a VAG,
- Zustimmung zu dauernden Vermögensanlagen von besonderer Bedeutung,
- Zustimmung zur Übernahme von Versicherungsbeständen anderer Unternehmungen,
- Zustimmung zu Einführung und Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder,
- 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 Mitgliedern. Die Mitgliedervertretung kann in diesem Rahmen die Zahl der Mitglieder 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 Mitgliederverreters 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 Mitgliederversammlung, auf der die Wahl erfolgt und endet mit Beendigung der vierten, der Wahl folgenden ordentlichen Mitgliederversammlung (§ 10 Abs. 1). Die Mitgliedervertretung besteht aus vier Gruppen A, B, C und D mit je 7 bis 15 Mitgliedern. Alljährlich scheidet turnusmäßig eine Gruppe aus; sie wird durch Neuwahl ersetzt.



(8) Eine Wiederwahl der ausgeschiedenen Mitgliedervertreter ist zulässig. Die gesamte Amtszeit eines Mitgliederververtreters darf insgesamt höchstens zwölf Jahre betragen.

(9) Bei Neuwahlen oder Ergänzungswahlen muss die regionale Verteilung des Mitgliederbestandes in der Mitgliederververtretung entsprechend berücksichtigt werden.

(10) (Übergangsvorschrift zu den auf der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung in 2011 beschlossenen Änderungen der Absätze 2, 7 und 8)

Die bestehende Mitgliederververtretung 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 Mitgliederververtreters 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 Mitgliederververtretung 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 Mitgliederververtretung unter Leitung des an Lebensjahren ältesten Mitgliederververtreters einen Verhandlungsvorsitzenden selbst wählen. Die Vorstandsmitglieder und die Mitglieder des Aufsichtsrates nehmen an den Versammlungen der Mitgliederververtretung 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 Mitgliederver Vertretern zu.

#### **§ 13 Aufgaben, Vergütung**

(1) Der Mitgliederververtretung 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 Mitgliederververtretung 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 Übernachtungsgeld 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 Alterwerden 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 Jahresbeitragsentnahmen 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 Versicherungsfalles bereits erworbene und bestehende Ansprüche werden hiervon nicht berührt.

#### **Auflösung**

##### **§ 17**

Für den Fall der Auflösung gelten die gesetzlichen Bestimmungen.





#### **SIGNAL IDUNA Gruppe**

Hauptverwaltung Dortmund  
Joseph-Scherer-Straße 3  
44139 Dortmund  
Telefon (0231) 1 35-0  
Fax (0231) 1 35-46 38

Hauptverwaltung Hamburg  
Neue Rabenstraße 15-19  
20354 Hamburg  
Telefon (040) 41 24-0  
Fax (040) 41 24-29 58

[info@signal-iduna.de](mailto:info@signal-iduna.de)  
[www.signal-iduna.de](http://www.signal-iduna.de)