



Komfort-Serie Tarifierie GE inkl. Z 50-3

Die private Ergänzung für gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte

KlinikUNFALL

SIGNAL IDUNA sichert nach Unfall die bessere Versorgung im Krankenhaus!



Besser privat: die Komfort-Serie

Gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte müssen im Krankheitsfall mit empfindlichen Zuzahlungen rechnen. Deshalb haben sich bereits mehr als 500.000 Versicherte für eine private Zusatzversicherung aus der erfolgreichen GE-Serie der SIGNAL IDUNA entschieden.

Wir haben für Sie drei attraktive Leistungs-Pakete geschnürt, die auch exzellente Leistungen für Zahnersatz vorsehen: Zusammen mit der gesetzlichen Krankenversicherung decken wir bei Zahnersatz bis zu 97,5% der vertragszahnärztlichen Versorgung ab! Anders als viele Mitbewerber kennen wir keine Beschränkung auf das kassenzahnärztliche Niveau; wir leisten bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Ihre Leistungen erhalten Sie im tariflichen Rahmen auch für Inlays und Implantate. Dies sind die 3 Leistungs-Pakete:

- **Komfort-Zahn** (Tarife GE, Z 50-3)
Einstieg in eine attraktive und preiswerte Zusatzversicherung, z.B. Zahnersatz, Sehhilfen...
- **Komfort-PLUS** (Tarife GE, GE-PLUS, Z 50-3)
höhere Zahnersatzleistung, zusätzlich die Übernahme wichtiger Zuzahlungen und Heilpraktikerbehandlung...
- **Komfort-TOP** (Tarife GE, GE-TOP, Z 50-3)
noch mehr Leistungen, unter anderem für Naturheilverfahren durch Ärzte, Vorsorgeuntersuchungen, Arznei- und Krankenhauszuzahlungen, Rooming-in...
Die Rooming-in-Leistung (Unterkunft eines Elternteils bei Krankenhausaufenthalt eines unter 10jährigen Kindes) übernehmen wir, wenn auch ein Elternteil bei SIGNAL IDUNA krankheitskostenversichert ist.

Jetzt neu: Privatpatient im Krankenhaus nach Unfall

Nach einem Unfall dürfen gesetzlich Krankenversicherte nur das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen; und dort haben Sie gerade einmal Anspruch auf die Unterbringung im Mehrbettzimmer und die Behandlung durch den diensthabenden Arzt – mehr nicht.

- Mit **KlinikUNFALL** bestimmen Sie nach einem Unfall selbst, in welchem Krankenhaus Sie behandelt werden wollen. Wir übernehmen die Differenzkosten, die entstehen, wenn Sie ein anderes Krankenhaus wählen, als in der ärztlichen Einweisung genannt wurde – ebenso Ihre gesetzliche Zuzahlung für die ersten 28 Tage!
- Mit **KlinikUNFALL** haben Sie Anspruch auf eine Unterbringung im Zweibettzimmer sowie auf privatärztliche Behandlung – bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)!
- Mit **KlinikUNFALL** genießen Sie auch im Ausland Schutz nach Unfällen: Wir übernehmen die Kosten für eine stationäre Heilbehandlung und sogar die Kosten für einen Rücktransport, wenn dies medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist.

Wichtig: Für die Tarife der Komfort-Serie gelten die üblichen Wartezeiten von 3 Monaten (allgemeine Wartezeit – entfällt bei Auslandsreise-Krankenversicherung und Unfällen) bzw. 8 Monaten (besondere Wartezeiten – entfallen für Zahnersatz bei Unfällen). In den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten und in KlinikUNFALL sind keine Wartezeiten einzuhalten.

Dieser Prospekt enthält Auszüge aus den Tarifen. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

Die Leistungen auf einen Blick

	Komfort-Zahn	Komfort-PLUS	Komfort-TOP
Zahnersatz, Inlays, Implantate bis zum Höchstsatz der GOZ	• 20 %*	• 30 %*	• 30 %*
zusätzliche Leistung für Restkosten	• 50 %**	• 50 %**	• 50 %**
Zahnbehandlung, Kieferorthopädie Leistung für Kosten/Restkosten	• 50 %**	• 50 %**	• 50 %**
Brillen und Kontaktlinsen immer nach Vorleistung der GKV, immer nach einer Änderung der Sehschärfe um mind. 0,5 Dioptrien, ansonsten alle 3 Kalenderjahre	• bis zu 165 EUR	• bis zu 165 EUR	• bis zu 165 EUR
Kurtagegeld täglich 8,25 EUR für 28 Tage innerhalb von 3 Jahren	•	•	•
Auslandsreise-Krankenversicherung für alle Reisen bis zu 6 Wochen	•	•	•
Heilpraktiker und Naturheilkunde durch Ärzte 550 EUR Gesamtleistung (80 % bis 687,50 EUR Rechnungsbetrag)		• Heilpraktiker, inkl. Arzneien	• Heilpraktiker und Arzt, inkl. Arzneien
Hilfsmittel nach Vorleistung der GKV 80 % der verbleibenden Kosten für im Tarif genannte Hilfsmittel		• bis zu 1.100 EUR je Kalenderjahr	• bis zu 550 EUR je Kalenderjahr
80 % der gesetzl. Zuzahlungen			• bis zu 550 EUR je Kalenderjahr
Heilmittel 80 % der gesetzl. Zuzahlungen		•	
Haushaltshilfe/Medikamente 80 % der gesetzl. Zuzahlungen			
Tarifliche Vorsorgeuntersuchungen			• 80 % bis 550 EUR je Kalenderjahr
Neugeborenen-Vorsorge			• 80 % bis 200 EUR
Schutzimpfungen bei Reisen Hepatitis A, FSME, Typhus			• 80 % bis 200 EUR
Stationär: gesetzliche Krankenhaus- und Fahrtkostenzuzahlung, Rooming-in, Einweisungsklausel			• Rooming-in: max. 25 EUR je Tag/14 Tage je Kalenderjahr
nach Unfall: privatärztliche Behandlung, Unterbringung im Zweibettzimmer	• aus Tarif KlinikUNFALL	• aus Tarif KlinikUNFALL	• aus Tarif KlinikUNFALL

* In den ersten vier Versicherungsjahren (Vj.) erhalten Sie Ihre Leistungen max. aus folgendem Rechnungsbetrag: im ersten Vj. bis 1.000 EUR, im zweiten Vj. bis 1.500 EUR, im dritten Vj. bis 2.000 EUR, im vierten Vj. bis 2.500 EUR; ab dem fünften Vj. und immer bei Unfällen entfallen diese Begrenzungen. Sie erhalten Leistungen für max. 6 Implantate (einschließlich vorhandener Implantate) pro Kiefer und 1.000 EUR Rechnungsbetrag je Implantat.

** Für Zahnersatz, Inlays, Implantate, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie beträgt die Gesamtleistung je Kalenderjahr bis zu 1.280 EUR (Erstattung erfolgt nach Anrechnung evtl. Vorleistungen).

Monatsbeiträge in EUR

gültig für 2008

für Erwachsene mit Alterungsrückstellungen und damit Vorsorge für das Alter

Männer

4 % Nachlass bei jährlicher Zahlungsweise

Eintrittsalter	Krankenversicherung						mit Krankentagegeld ³⁾	ohne Z 50-3 ¹⁾	Klinik UNFALL
	Komfort-Zahn ¹⁾		Komfort-PLUS ¹⁾		Komfort-TOP ¹⁾				
	Normal-Beitrag	Ausbild.-Beitrag ²⁾	Normal-Beitrag	Ausbild.-Beitrag ²⁾	Normal-Beitrag	Ausbild.-Beitrag ²⁾			
0-14	4,48		6,59		8,49			- 2,62	+ 3,00
15-19	3,44	3,44	4,41	4,41	4,94	4,94	+ 4,40	- 1,33	+ 3,00
20	10,87	7,69	14,66	8,88	20,29	12,76	+ 5,40	- 5,27	+ 4,00
21	11,25	7,91	15,19	9,10	20,89	12,98	+ 5,40	- 5,49	+ 4,00
22	11,64	8,12	15,72	9,31	21,49	13,19	+ 5,40	- 5,70	+ 4,00
23	12,02	8,32	16,25	9,51	22,09	13,39	+ 5,60	- 5,90	+ 4,00
24	12,39	8,51	16,77	9,70	22,69	13,58	+ 5,60	- 6,09	+ 4,00
25	12,72	10,36	17,24	12,52	23,25	16,28	+ 5,80	- 6,26	+ 4,00
26	13,04	10,52	17,70	12,68	23,80	16,44	+ 6,00	- 6,42	+ 4,00
27	13,32	10,66	18,12	12,82	24,31	16,58	+ 6,00	- 6,56	+ 4,00
28	13,59	10,80	18,52	12,96	24,82	16,72	+ 6,20	- 6,70	+ 4,00
29	13,83	10,91	18,89	13,07	25,30	16,83	+ 6,40	- 6,81	+ 4,00
30	14,07	11,34	19,26	14,18	25,79	18,08	+ 6,60	- 6,92	+ 4,00
31	14,31	11,44	19,63	14,28	26,29	18,18	+ 6,80	- 7,02	+ 4,00
32	14,53	11,52	19,98	14,36	26,77	18,26	+ 7,20	- 7,10	+ 4,00
33	14,76	11,60	20,34	14,44	27,26	18,34	+ 7,40	- 7,18	+ 4,00
34	14,99		20,70		27,76		+ 7,80	- 7,26	+ 4,00
35	15,23		21,07		28,26		+ 8,00	- 7,34	+ 4,00
36	15,47		21,44		28,76		+ 8,40	- 7,41	+ 4,00
37	15,71		21,81		29,25		+ 8,80	- 7,48	+ 4,00
38	15,96		22,19		29,76		+ 9,20	- 7,56	+ 4,00
39	16,21		22,58		30,28		+ 9,60	- 7,63	+ 4,00
40	16,45		22,95		30,79		+ 10,00	- 7,70	+ 4,00
41	16,69		23,32		31,32		+ 10,40	- 7,77	+ 4,00
42	16,94		23,71		31,86		+ 10,80	- 7,85	+ 4,00
43	17,18		24,08		32,41		+ 11,40	- 7,93	+ 4,00
44	17,41		24,45		32,95		+ 12,00	- 8,00	+ 4,00
45	17,64		24,81		33,48		+ 12,60	- 8,08	+ 4,00
46	17,85		25,15		34,00		+ 13,20	- 8,16	+ 4,00
47	18,07		25,50		34,52		+ 13,80	- 8,24	+ 4,00
48	18,27		25,83		35,01		+ 14,40	- 8,32	+ 4,00
49	18,46		26,15		35,49		+ 15,20	- 8,40	+ 4,00
50	18,64		26,47		35,95		+ 16,00	- 8,48	+ 7,00
51	18,81		26,77		36,42		+ 17,00	- 8,56	+ 7,00
52	18,98		27,08		36,92		+ 17,80	- 8,64	+ 7,00
53	19,10		27,34		37,39		+ 19,00	- 8,72	+ 7,00
54	19,22		27,60		37,87		+ 20,00	- 8,80	+ 7,00
55	19,33		27,86		38,34		+ 21,00	- 8,88	+ 7,00
56	19,44		28,11		38,84		+ 22,20	- 8,96	+ 7,00
57	19,54		28,36		39,36		+ 23,40	- 9,03	+ 7,00
58	19,63		28,59		39,87		+ 24,60	- 9,10	+ 7,00
59	19,71		28,82		40,38		+ 25,80	- 9,17	+ 7,00
60	19,77		29,02		40,87		+ 27,20	- 9,23	+ 7,00

¹⁾ **Komfort-Zahn:** Tarife GE, Z 50-3 **Komfort-PLUS:** GE, GE-PLUS, Z 50-3 **Komfort-TOP:** GE, GE-TOP, Z 50-3. Falls Tarif Z 50-3 nicht gewünscht wird, ist der Beitrag hierfür herauszurechnen.

²⁾ **Ausbildungs-Beitrag:** Für Auszubildende, Studenten, Schüler an weiterbildenden Schulen sowie für GKV-familienversicherte Kinder werden die Tarife GE, GE-PLUS und GE-TOP durch die Ausbildungs-Versionen R-GE, R-GE-PLUS, R-GE-TOP ersetzt.

³⁾ **Krankentagegeld:** Tarif EKTG 43 - 20 EUR (nur für Arbeitnehmer und Selbstständige)

Ermittlung des Eintrittsalters für Erwachsene ab Vollendung des 20. Lebensjahres:

Kalenderjahr minus Geburtsjahr = Eintrittsalter.

KlinikUNFALL: Mit dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe, also für 50-Jährige, zu zahlen.

Ermittlung des Eintrittsalters für Kinder und Jugendliche vor Vollendung des 20. Lebensjahres:

Es gilt das tatsächliche Alter zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Mit der Vollendung des 15. bzw. 20. Lebensjahres sind ab dem Folgemonat die Beiträge für die nächsthöhere Altersgruppe, also für 15-Jährige bzw. 20-Jährige zu zahlen.

Ermittlung des Eintrittsalters für Personen in der Ausbildung

Kalenderjahr minus Geburtsjahr = Eintrittsalter.

Besonderheit: Wenn Sie im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns 20, 25 oder 30 Jahre alt werden und der Versicherungsbeginn vor Ihrem Geburtstag liegt, zahlen Sie vom Versicherungsbeginn bis zu Ihrem Geburtstag einen geringeren Beitrag als hier angegeben.

Monatsbeiträge in EUR

gültig für 2008

für Erwachsene mit Alterungsrückstellungen und damit Vorsorge für das Alter

Frauen

4 % Nachlass bei jährlicher Zahlungsweise

Eintrittsalter	Krankenversicherung						mit Krankentagegeld ³⁾	ohne Z 50-3 ¹⁾	Klinik UNFALL
	Komfort-Zahn ¹⁾		Komfort-PLUS ¹⁾		Komfort-TOP ¹⁾				
	Normal-Beitrag	Ausbild.-Beitrag ²⁾	Normal-Beitrag	Ausbild.-Beitrag ²⁾	Normal-Beitrag	Ausbild.-Beitrag ²⁾			
0-14	4,48		6,59		8,49		- 2,62	+ 3,00	
15-19	4,44	4,44	5,63	5,63	6,65	6,65	+ 4,20	- 1,69	+ 3,00
20	14,98	11,59	21,41	13,44	29,53	19,81	+ 5,20	- 7,26	+ 4,00
21	15,49	11,89	22,20	13,74	30,42	20,11	+ 5,40	- 7,56	+ 4,00
22	15,98	12,17	22,96	14,02	31,30	20,39	+ 5,40	- 7,84	+ 4,00
23	16,43	12,42	23,69	14,27	32,12	20,64	+ 5,60	- 8,09	+ 4,00
24	16,85	12,66	24,37	14,51	32,88	20,88	+ 5,80	- 8,33	+ 4,00
25	17,22	14,78	24,98	19,13	33,56	27,52	+ 6,00	- 8,54	+ 4,00
26	17,57	14,97	25,56	19,32	34,17	27,71	+ 6,20	- 8,73	+ 4,00
27	17,86	15,13	26,06	19,48	34,69	27,87	+ 6,60	- 8,89	+ 4,00
28	18,14	15,28	26,53	19,63	35,15	28,02	+ 7,00	- 9,04	+ 4,00
29	18,38	15,40	26,95	19,75	35,56	28,14	+ 7,40	9,16	+ 4,00
30	18,61	15,95	27,35	21,98	35,94	30,37	+ 7,60	- 9,26	+ 4,00
31	18,81	16,03	27,71	22,06	36,28	30,45	+ 8,00	- 9,34	+ 4,00
32	19,02	16,10	28,07	22,13	36,63	30,52	+ 8,40	- 9,41	+ 4,00
33	19,21	16,16	28,40	22,19	36,95	30,58	+ 8,80	- 9,47	+ 4,00
34	19,43		28,75		37,30		+ 9,20	- 9,54	+ 4,00
35	19,64		29,09		37,65		+ 9,40	- 9,60	+ 4,00
36	19,86		29,44		38,00		+ 9,80	- 9,66	+ 4,00
37	20,08		29,78		38,36		+ 10,20	- 9,72	+ 4,00
38	20,31		30,13		38,73		+ 10,60	- 9,78	+ 4,00
39	20,55		30,49		39,11		+ 11,00	- 9,84	+ 4,00
40	20,78		30,84		39,49		+ 11,40	- 9,90	+ 4,00
41	21,01		31,19		39,87		+ 11,80	- 9,95	+ 4,00
42	21,23		31,53		40,23		+ 12,20	- 10,00	+ 4,00
43	21,44		31,86		40,59		+ 12,60	- 10,05	+ 4,00
44	21,64		32,17		40,93		+ 13,00	- 10,10	+ 4,00
45	21,82		32,47		41,25		+ 13,60	- 10,15	+ 4,00
46	21,98		32,74		41,54		+ 14,00	- 10,20	+ 4,00
47	22,11		32,98		41,79		+ 14,60	- 10,24	+ 4,00
48	22,19		33,17		41,98		+ 15,00	- 10,28	+ 4,00
49	22,26		33,34		42,14		+ 15,40	- 10,32	+ 4,00
50	22,31		33,50		42,27		+ 16,00	- 10,35	+ 7,00
51	22,36		33,65		42,41		+ 16,20	- 10,38	+ 7,00
52	22,40		33,80		42,54		+ 16,60	- 10,41	+ 7,00
53	22,44		33,94		42,68		+ 16,80	- 10,44	+ 7,00
54	22,47		34,07		42,82		+ 17,00	- 10,46	+ 7,00
55	22,49		34,20		42,95		+ 17,00	- 10,48	+ 7,00
56	22,51		34,32		43,09		+ 17,20	- 10,50	+ 7,00
57	22,54		34,45		43,25		+ 17,20	- 10,52	+ 7,00
58	22,55		34,57		43,40		+ 17,20	- 10,53	+ 7,00
59	22,59		34,71		43,60		+ 17,20	- 10,55	+ 7,00
60	22,61		34,83		43,78		+ 17,20	- 10,56	+ 7,00

¹⁾ **Komfort-Zahn:** Tarife GE, Z 50-3 **Komfort-PLUS:** GE, GE-PLUS, Z 50-3 **Komfort-TOP:** GE, GE-TOP, Z 50-3. Falls Tarif Z 50-3 nicht gewünscht wird, ist der Beitrag hierfür herauszurechnen.

²⁾ **Ausbildungs-Beitrag:** Für Auszubildende, Studenten, Schüler an weiterbildenden Schulen sowie für GKV-familienversicherte Kinder werden die Tarife GE, GE-PLUS und GE-TOP durch die Ausbildungs-Versionen R-GE, R-GE-PLUS, R-GE-TOP ersetzt.

³⁾ **Krankentagegeld:** Tarif EKTG 43 - 20 EUR (nur für Arbeitnehmer und Selbstständige)

Ermittlung des Eintrittsalters für Erwachsene ab Vollendung des 20. Lebensjahres:

Kalenderjahr minus Geburtsjahr = Eintrittsalter.

KlinikUNFALL: Mit dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe, also für 50-Jährige, zu zahlen.

Ermittlung des Eintrittsalters für Kinder und Jugendliche vor Vollendung des 20. Lebensjahres:

Es gilt das tatsächliche Alter zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Mit der Vollendung des 15. bzw. 20. Lebensjahres sind ab dem Folgemonat die Beiträge für die nächsthöhere Altersgruppe, also für 15-Jährige bzw. 20-Jährige zu zahlen.

Ermittlung des Eintrittsalters für Personen in der Ausbildung

Kalenderjahr minus Geburtsjahr = Eintrittsalter.

Besonderheit: Wenn Sie im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns 20, 25 oder 30 Jahre alt werden und der Versicherungsbeginn vor Ihrem Geburtstag liegt, zahlen Sie vom Versicherungsbeginn bis zu Ihrem Geburtstag einen geringeren Beitrag als hier angegeben.

Beispielrechnungen – Soviel können Sie mit SIGNAL IDUNA sparen!

1. Beispiel – Prothesenversorgung mit Teleskopkronen	
Soviel kostet Ihr Zahnersatz insgesamt	2.500 EUR
Festzuschuss der Krankenkasse (65 % von 2.112 EUR)	1.375 EUR
Soviel müssten Sie selbst zahlen	1.125 EUR
Von SIGNAL IDUNA erhalten Sie	
aus Komfort-PLUS oder Komfort-TOP	938 EUR
Mit SIGNAL IDUNA kostet Ihr Zahnersatz nur noch	187 EUR

GKV-
Erstattung
55 %

Erstattung mit
SIGNAL IDUNA
93 %

Hinweis: Die Beträge wurden zur Vereinfachung nach oben gerundet.
Die Zahnhöchstsätze sind erfüllt.

2. Beispiel – höherwertige Versorgung mit Implantaten	
Soviel kostet Ihr Zahnersatz insgesamt	3.000 EUR
Festzuschuss der Krankenkasse (65 % von 955 EUR)	625 EUR
Soviel müssten Sie selbst zahlen	2.375 EUR
Von SIGNAL IDUNA erhalten Sie	
aus Komfort-PLUS oder Komfort-TOP	1.638 EUR
Mit SIGNAL IDUNA kostet Ihr Zahnersatz nur noch	737 EUR

GKV-
Erstattung
ca. 21 %

Erstattung mit
SIGNAL IDUNA
bis 76 %

Hinweis: Die Beträge wurden zur Vereinfachung nach oben gerundet.
Die Zahnhöchstsätze sind erfüllt.

3. Beispiel – 2 Inlays im Seitenzahnbereich	
Soviel kostet Ihre Zahnbehandlung mit Inlays insgesamt	800 EUR
Beteiligung der Krankenkasse (wie für normale Füllungen)	80 EUR
Soviel müssten Sie selbst zahlen	720 EUR
Von SIGNAL IDUNA erhalten Sie	
aus Komfort-PLUS oder Komfort-TOP	480 EUR
Mit SIGNAL IDUNA kosten Ihre Inlays nur noch	240 EUR

GKV-
Erstattung
ca. 10 %

Erstattung mit
SIGNAL IDUNA
70 %

Hinweis: Die Beträge wurden zur Vereinfachung nach oben gerundet.
Die Krankenkassen zahlen für Inlays nur eine geringe Beteiligung wie für eine normale Füllung, denn Inlays gelten dort nicht als Zahnersatz, sondern als Zahnbehandlung.

4. Beispiel – Brillen-Rechnung	
Soviel kostet Ihre neue Brille insgesamt	220 EUR
Beteiligung der Krankenkasse	0 EUR
Soviel müssten Sie selbst zahlen	220 EUR
Von SIGNAL IDUNA erhalten Sie aus Komfort-Zahn, Komfort-PLUS oder Komfort-TOP	
	165 EUR
Mit SIGNAL IDUNA kostet Ihre Brille nur noch	55 EUR

GKV-
Erstattung
0 %

Erstattung mit
SIGNAL IDUNA
75 %

Hinweis: Die Beträge wurden zur Vereinfachung gerundet.

Beispielrechnungen – Soviel können Sie mit SIGNAL IDUNA sparen!

5. Beispiel – Heilpraktiker-Rechnung		
Soviel kostet Ihre Heilpraktikerbehandlung	700 EUR	GKV- Erstattung 0 %
Beteiligung der Krankenkasse	0 EUR	
Soviel müssten Sie selbst zahlen	700 EUR	
Von SIGNAL IDUNA erhalten Sie aus Komfort-PLUS oder Komfort-TOP	550 EUR	Erstattung mit SIGNAL IDUNA 79 %
Mit SIGNAL IDUNA kostet Ihre Brille nur noch	150 EUR	

Hinweis: Die Beträge wurden zur Vereinfachung gerundet.

6. Beispiel – Behandlung / Arzt für Naturheilverfahren		
Soviel kostet Ihre Heilpraktikerbehandlung	700 EUR	GKV- Erstattung 0 %
Beteiligung der Krankenkasse	0 EUR	
Soviel müssten Sie selbst zahlen	700 EUR	
Von SIGNAL IDUNA erhalten Sie aus Komfort-TOP	550 EUR	Erstattung mit SIGNAL IDUNA 79 %
Mit SIGNAL IDUNA kostet Ihre Brille nur noch	150 EUR	

Hinweis: Die Beträge wurden zur Vereinfachung gerundet.

7. Beispiel – gesetzliche Zuzahlungen		
So hoch sind Ihre gesetzlichen Zuzahlungen (Medikamente 100 EUR, Heilmittel 50 EUR, Hilfsmittel 200 EUR)	350 EUR	GKV- Erstattung 0 %
Beteiligung der Krankenkasse	0 EUR	
Soviel müssten Sie selbst zahlen	350 EUR	
Von SIGNAL IDUNA erhalten Sie aus Komfort-TOP	280 EUR	Erstattung mit SIGNAL IDUNA 80 %
Mit SIGNAL IDUNA betragen Ihre Zuzahlungen nur noch	70 EUR	

Hinweis: Die Beträge wurden zur Vereinfachung gerundet.

8. Beispiel – 4 Wochen im Krankenhaus nach Unfall		
Soviel kosten das Zweibettzimmer und die privatärztliche Behandlung	6.000 EUR	GKV- Erstattung 0 %
Beteiligung der Krankenkasse	0 EUR	
Soviel müssten Sie selbst zahlen	6.000 EUR	
Von SIGNAL IDUNA erhalten Sie aus KlinikUNFALL	6.000 EUR	Erstattung mit SIGNAL IDUNA 100 %
Mit SIGNAL IDUNA kosten das Zweibettzimmer und die privatärztliche Behandlung nur noch	0 EUR	

Hinweis: Die Beträge wurden zur Vereinfachung gerundet.

SIGNAL IDUNA bietet Ihnen neben starken Leistungen:

- bundesweite Präsenz vor Ort mit persönlichen Ansprechpartnern
- persönliche und fachkundige Beratung – auch bei Ihnen zu Hause
- eine Absicherung beim viertgrößten privaten Krankenversicherer, Sie gehören damit zu einer starken Gemeinschaft von mehr als 1,4 Millionen Zusatzversicherten Personen

SIGNAL IDUNA Gruppe
Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund
Telefon: (0231) 135-0
Telefax: (0231) 135-4638

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg
Telefon: (040) 4124-0
Telefax: (040) 4124-2958

Internet: www.signal-iduna.de
E-Mail: info@signal-iduna.de

Immer für Sie da:

SIGNAL IDUNA



Gut zu wissen, dass es SIGNAL IDUNA gibt.

Produktinformationsblatt zur Kranken-Zusatzversicherung

Informationen nach § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Die SIGNAL Krankenversicherung ist mit einer über 100-jährigen Erfahrung, einer Beitragseinnahme von rund 2 Mrd. EUR und rund 2 Mio. versicherten Personen der viertgrößte private Krankenversicherer von etwa 50 Krankenversicherungsunternehmen. Mit der SIGNAL IDUNA entscheiden Sie sich für einen leistungsstarken Partner.

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

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

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

1 Um welchen Versicherungsvertrag handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Kranken-Zusatzversicherung, mit der Sie Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen.

2 Was ist versichert?

Je nach gewünschtem Tarifpaket sind folgende Tarife versichert:

Tarifpaket KOMFORT-Zahn:	Tarife GE und Z 50-3 Tarife R-GE und Z 50-3 (Ausbildungsbeitrag)
Tarifpaket KOMFORT-PLUS:	Tarife GE, GE-PLUS, Z 50-3 Tarife R-GE, R-GE-PLUS, Z 50-3 (Ausbildungsbeitrag)
Tarifpaket KOMFORT-TOP:	Tarife GE, GE-TOP, Z 50-3 Tarife R-GE, R-GE-TOP, Z 50-3 (Ausbildungsbeitrag)

Zusätzlich zu dem gewünschten Tarifpaket kann das Krankentagegeld EKTG43-20 EUR und der stationäre Zusatztarif KlinikUNFALL abgeschlossen werden.

Die Tarife - je nach von Ihnen gewünschten Tarifpaketen - enthalten folgende Leistungen:

(R-)GE - Ambulanter Ergänzungstarif
Zahnersatz 20 %, Brillen oder Kontaktlinsen, Kurtagegeld, Auslandsreise-Krankenversicherung bis 6 Wochen Reisedauer.

(R-)GE-PLUS - Optimierung des Tarifes GE durch folgende zusätzliche Leistungen: Heilpraktiker, Heilmittel, Hilfsmittel, weitere 10 % bei Zahnersatz.

(R-)GE-TOP - Optimierung des Tarifes GE durch folgende zusätzliche Leistungen: Krankenhauszahlung, Einweisungsklausel, Rooming in, Naturheilkunde durch Ärzte, Zuzahlungen, Hilfsmittel, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, weitere 10 % bei Zahnersatz.

Z 50-3 - Zahnärztliche Zusatzversicherung
Erstattung verbleibender Restkosten mit 50 % bis max. 1.280 EUR je Kalenderjahr.

EKTG - Krankentagegeld in Höhe von 20 EUR ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

KlinikUNFALL - Stationäre Zusatzversicherung nach Unfällen
100 % Erstattung für das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung, Ersatz-Krankenhaustagegeld.

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

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

Den genauen Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I bis III.

Weitere Informationen - wie beispielsweise Monatsbeiträge oder Erstattungsbeispiele - beinhaltet der Prospekt.

3 Wie hoch ist Ihr Beitrag und was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen sich die Beiträge nicht am Einkommen des Versicherten. Ihr zu zahlender Beitrag hängt vielmehr vom Eintrittsalter, vom Geschlecht, von den gewählten Tarifen und vom Ergebnis der Risikobeurteilung ab.

Den Monatsbeitrag für die gewünschte Krankenversicherung entnehmen Sie bitte der Beitragsangabe im Versicherungsschein. Sofern dieser noch nicht vorliegt, dem Antrag, der Angebotsanfrage bzw. ggf. dem Vorschlag.

Sie können zwischen folgenden Zahlungsweisen wählen:

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

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

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Bitte beachten Sie, dass die Nichtzahlung von Beiträgen zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Vertrages führen kann. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 37 bis 39 des VVG.

4 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Für bestimmte Behandlungen besteht keine Leistungspflicht, z. B. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und auf Vorsatz beruhende Unfälle einschließlich deren Folgen. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 Teil I und II der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

5 Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsschluss zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Das Leistungsversprechen, das wir Ihnen geben, setzt voraus, dass wir Ihren Antrag/Ihre Angebotsanfrage sorgfältig prüfen können. Nur so ist sichergestellt, dass die kalkulierten Beiträge auch richtig bemessen sind. Deshalb ist es notwendig, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung (im Regelfall mit Unterschrift des Antrages/der Angebotsanfrage) die durch uns gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

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

6 Welche Pflichten haben Sie während der Laufzeit des Vertrages zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung - auch einer gesetzlichen - bei einem weiteren Versicherer mit. Der Abschluss einer weiteren Krankentagegeldversicherung bedarf unserer Einwilligung. Die während der Laufzeit des Vertrages zu beachtenden Pflichten sind im § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vorzeitig vom Vertrag lösen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

7 Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

Bei Eintritt des Versicherungsfalles erteilen Sie uns bitte jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Die bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachtenden Pflichten sind im § 9 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

8 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Das Versicherungsverhältnis ist grundsätzlich unbefristet, es gilt für einen Krankenversicherungsvertrag eine Mindestvertragsdauer von zwei Jahren, Verträge mit Minderjährigen werden für ein Jahr geschlossen. Für die Krankentagegeldversicherung gilt eine Mindestvertragsdauer von einem Jahr.

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

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

9 Welche Möglichkeiten gibt es, den Vertrag zu beenden?

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

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

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

Kundeninformation zur Krankenversicherung und/oder privaten Pflegepflichtversicherung

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

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

Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers sowie vertretungsberechtigte Personen

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

Handelsregister B 2405, AG Dortmund

Vertreten durch die Vorstände Reinhold Schulte (Vorsitzender),
Dr. Karl-Josef Bierth, Michael Johnigk, Ulrich Leitermann, Michael
Petmecky, Dr. Klaus Sticker

Internet: www.signal-iduna.de

E-Mail: info@signal-iduna.de

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung von Versicherungsverträgen.

Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 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 beinhalten 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 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, die sie ebenfalls durch uns erhalten, 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 bzw. Ihren Vertrag bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ohne Angaben von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens nach Zugang des Versicherungsscheins und der vorgenannten gesetzlich vorgeschriebenen Unterlagen und nach Zugang dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

- SIGNAL Krankenversicherung a. G., 44121 Dortmund

Im Falle eines wirksamen Widerrufs erhalten Sie nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der bereits gezahlten Beiträge zurück, sofern der Versicherungsschutz mit Ihrer Zustimmung bereits vor dem Ende der Widerrufsfrist begonnen hat, anderenfalls erhalten Sie die gesamten bereits bezahlten Beiträge zurück.

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
Verein "PKV-Ombudsmann e.V."
Kronenstraße 13
10117 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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I **Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2008)**
 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 Mitgliedsstaat 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

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

Abweichend von § 1 (4) Teil I besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarungen Versicherungsschutz, solange sich der Erstwohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in Deutschland befindet.

§ 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 (2) Teil I für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.

(2) Abweichend von § 2 (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 einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung 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 auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I MB/KK

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem 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 (5) Teil I ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfallweisung 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.

(2) Ergänzend zu § 4 Teil I bietet der Versicherer in der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) und, soweit es der Tarif (Teil III) vorsieht, auch in den Ergänzungsstarifen dem Kunden im Versicherungsfall Kostenberatung durch Überprüfung von Kostenvorschlägen und Rechnungen sowie rechtliche Unterstützung bei gebührenrechtlichen Fragen an.

Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

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

Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I MB/KK

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige

Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

- f) für Behandlungen durch Ehegatten, 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 (1) a) Teil I wird für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, unter Beachtung von § 5 (3) Teil I geleistet.

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

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

§ 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 (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 an Stelle 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 i. V. m. § 194 Abs. 2 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) Antrags- und Nachtragsgebühren sowie Mahnkosten werden nicht erhoben.

(5) 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 In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen,

dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des 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 (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.

(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 wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag 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 (1) Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt.

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

§ 9 Obliegenheiten

Teil I MB/KK

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres 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 Versicherten abgeschlossen werden.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) 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 unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist 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 auf Grund 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 krankenversicherungspflichtig, 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 Versicherungs-

pfligt zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens 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) 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

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

(2) Endet die Versicherungsfähigkeit aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, so hat der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Recht, eine Umwandlung der Versicherung in eine den gesetzlichen Versicherungsschutz entsprechend des vorher versicherten Leistungsumfanges erweiternde Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu beantragen. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I MB/KK

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang). Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht sowie für eine nicht substitutive Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.

(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. 7 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.

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

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a - 2c SGB V (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.

Teil III Tarife GE und R-GE Ergänzungstarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

GE

Die Tarife GE und R-GE gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Der Tarif GE bzw. R-GE kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GE bzw. R-GE.

1.2 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

1.3 Abweichend von § 1 (4) Teil I und II endet der Versicherungsschutz nach Abschnitt B 1.4 - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung einer Auslandsreise bzw. nach Ablauf der 6. Woche einer Auslandsreise. Ist eine versicherte Person nachweislich infolge Krankheit oder Unfall zu diesem Zeitpunkt im Ausland transportunfähig, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen für Leistungen nach Abschnitt B 1.4.

Die Wartezeiten für Zahnersatz nach B 1.2 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Sehhilfen

Die nach Vorleistung durch die GKV verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) werden bis zu 165 EUR erstattet. Sind die Voraussetzungen für die Leistung der GKV nicht erfüllt, besteht aus diesem Tarif ebenfalls ein Anspruch bis zu 165 EUR, falls eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien vorliegt, ansonsten alle drei Kalenderjahre.

1.2 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 20% der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

In Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern A 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 20% erstattet, soweit kein Leistungsanspruch für diese Leistungen gegenüber der GKV besteht.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf max. 6 Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (20 %) = 200 EUR).

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.

Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 200 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 300 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 400 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 500 EUR begrenzt.

Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr.

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

Heil- und Kostenplan

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

1.3 Kurtagegeld

Für die Dauer einer Vorsorge- oder Rehabilitationskur wird ein Kurtagegeld von 8,25 EUR gezahlt, längstens jedoch für 28 Tage innerhalb von 3 Jahren. Voraussetzung für diese Leistung ist, dass die Kosten der Kur aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind.

1.4 Heilbehandlung bei Auslandsreisen

Erstattet werden bei vorübergehenden Reisen bis zu jeweils 6 Wochen Dauer die im Ausland durch akut aufgetretene Erkrankungen oder Unfälle entstandenen erstattungsfähigen Kosten für ambulante Heilbehandlung und stationäre Krankenhausbehandlung sowie die erstattungsfähigen Kosten eines Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- oder Überführungskosten.

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

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Auslandsreisen zählen die Kosten für:

1.4.1 Ambulante ärztliche Leistungen

Die Leistungen von Ärzten umfassen insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten sowie Wegegebühren.

1.4.2 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

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

1.4.3 Medikamente und Verbandmittel

Arzneimittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer Apotheke bezogen werden. In gleicher Weise wird für Verbandmaterial geleistet. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie Mittel, die gewohnheitsmäßig genommen werden.

1.4.4 Physikalisch-medizinische Leistungen

Ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, medico-mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes.

1.4.5 Zahnleistungen

Zahnbehandlungen, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Prothesen.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie.

1.4.6 Stationäre Behandlung im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie die Kosten für notwendige Krankentransporte.

1.4.7 Rückführungskosten

Rückführungskosten bei schwerer Erkrankung bzw. Unfall. 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 eine stationäre Weiterbehandlung im Inland notwendig ist.

1.4.8 Bestattungskosten - Überführungskosten

Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu 11.000 EUR erstattet.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-GE 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. Ausbildungsvergütungen) 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 6 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 2 Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Teil III Tarife GE-PLUS und R-GE-PLUS Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

GE-PLUS

Die Tarife GE-PLUS und R-GE-PLUS gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Der Tarif GE-PLUS bzw. R-GE-PLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer Versicherung nach dem Tarif GE bzw. R-GE bestehen. Endet eine dieser Versicherungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GE-PLUS bzw. R-GE-PLUS.

1.2 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten für Zahnersatz nach B 1.4 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Heilmittel

Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für ärztlich verordnete Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen) werden mit 80% erstattet. Als Kostennachweis ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

1.2 Hilfsmittel

Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel (nicht Sehhilfen) werden mit 80% erstattet. Ferner werden für die nachstehend aufgeführten Hilfsmittel (Sprechgeräte, Krankenfahrstuhl, Prothesen, Perücke nach Haarausfall infolge einer Chemotherapie) die nach Vorleistung der GKV verbliebenen Kosten mit 80% erstattet. Sind die Voraussetzungen für eine Leistung der GKV nicht erfüllt, besteht auch aus diesem Tarif kein Anspruch. Die Leistungen sind auf insgesamt 1.100 EUR im Kalenderjahr begrenzt.

Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate.

1.3 Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattet werden zu 80% bis maximal 550 EUR im Kalenderjahr die Kosten für Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker.

Erstattungsfähig sind wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH85) sowie wissenschaftlich anerkannte Arzneimittel.

Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

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).

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.4 Zahnersatz

1.4.1 Erstattungsfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 10% der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

In Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern A 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 10% erstattet, soweit kein Leistungsanspruch für diese Leistungen gegenüber der GKV besteht.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf max. 6 Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (10%) = 100 EUR).

1.4.2 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.

1.4.3 Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

1.4.4 Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 100 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 150 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 200 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 250 EUR begrenzt.

Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr.

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

1.4.5 Heil- und Kostenplan

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

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE-PLUS

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-GE-PLUS 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. Ausbildungsvergütungen) 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 6 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 2 Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Teil III Tarife GE-TOP und R-GE-TOP

Ergänzungstarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

GE-TOP

Die Tarife GE-TOP und R-GE-TOP gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Der Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer Versicherung nach dem Tarif GE bzw. R-GE bestehen. Endet eine dieser Versicherungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP.

1.2 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten für Zahnersatz nach B 1.5 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 80% die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für:

Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V), Hilfsmittel (§ 33 Abs. 2 SGB V), Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V) sowie Haushaltshilfen (§ 38 SGB V).

Die Erstattung der vorgenannten Zuzahlungen ist auf insgesamt 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

1.2 Hilfsmittel

Erstattet werden zu 80% die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für folgende Hilfsmittel: Hörgeräte, Sprechgeräte, Krankenfahrstuhl, Prothesen und Perücke nach Haarausfall infolge einer Chemotherapie.

Die Erstattung der Kosten für die vorgenannten Hilfsmittel ist auf insgesamt 550 EUR im Kalenderjahr begrenzt.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

1.3.1 Erstattet werden zu 80% alle 2 Kalenderjahre

- Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind.
- Erweiterte Vorsorgeuntersuchungen ab dem 30. Lebensjahr im Rahmen eines Life-Style-Checks (Beratung, EKG, Blutdruckmessung, Bestimmung Body-Mass-Index, Labor).
- Im Rahmen der Schlaganfallvorsorge ab dem 50. Lebensjahr die Untersuchung der Hirngefäße mittels Ultraschall/Duplex-Sonographie.
- Im Rahmen der Hautkrebsvorsorge ab dem 25. Lebensjahr eine videosystemgestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen.

Die Erstattung der vorgenannten Untersuchungen ist auf insgesamt 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

1.3.2 Für erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, welche nicht in den "Kinder-Richtlinien" für Neugeborene genannt sind, werden 80% bis maximal 200 EUR erstattet.

1.3.3 Für Schutzimpfungen im Rahmen von Reisen werden die Kosten für Hepatitis A, FSME und Typhus zu 80% insgesamt bis maximal 200 EUR erstattet.

1.4 Naturheilkunde durch Ärzte und Heilpraktikerleistungen Erstattet werden zu 80% bis 550 EUR pro Kalenderjahr die Kosten für Heilpraktikerleistungen sowie naturheilkundliche Leistungen von Ärzten und einschließlich der während der Behandlung verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, naturheilkundlichen Arzneimittel.

Erstattungsfähig sind wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit ärztliche Leistungen im Rahmen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Heilpraktiker-

leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH85) abgerechnet werden, sowie wissenschaftlich anerkannte Arzneimittel.

Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

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).

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Zahnersatz

1.5.1 Erstattungsfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 10% der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

In Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern A 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 10% erstattet.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf max. 6 Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (10%) = 100 EUR).

1.5.2 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.

1.5.3 Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

1.5.4 Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 100 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 150 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 200 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 250 EUR begrenzt.

Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr.

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

1.5.5 Heil- und Kostenplan

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

1.6 Krankenhausleistungen

1.6.1 Es werden die Mehrkosten erstattet, welche bei den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntgG) verbleiben, wenn ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt wird, sofern es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gem. § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gem. § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Für medizinisch notwendige Heilbehandlungen in Krankenhäusern, die gem. § 108 SGB V für die GKV nicht zugelassen sind bzw. mit denen gem. § 109 SGB V kein Versorgungsvertrag geschlossen

wurde, werden Kosten in Höhe von maximal 100 EUR für allgemeine Krankenhausleistungen pro Kalendertag erstattet.

Der Versicherer ist bei planbaren stationär notwendigen Krankenhausaufenthalten rechtzeitig vor Aufnahme in das Krankenhaus über die Behandlungsmaßnahme zu informieren.

1.6.2 Zusätzlich werden die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs.4 SGB V) sowie für stationäre Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V) erstattet.

1.6.3 Rooming in

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

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

D Sonstige Bestimmungen

1 Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen sowie für die Hilfsmittelerstattung ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden.

Sind zustehende Geld- bzw. Sachleistungen der GKV für die im Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der GKV auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV ist dies durch eine Bescheinigung der GKV zu bestätigen.

4 Belege können einzeln oder gesammelt jederzeit eingereicht werden. Sofern mehr als einmal pro Kalenderjahr der Gesamtrechnungsbetrag je Leistungsabrechnung den Betrag von 200 EUR unterschreitet, werden zusätzlich vom Erstattungsbetrag 20 EUR abgezogen, maximal jedoch der tatsächliche Erstattungsbetrag.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE-TOP

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-GE-TOP 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. Ausbildungsvergütungen) 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 6 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 2 Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Teil III Tarif Z 50 Zahnkostentarif

Z 50

Der Tarif Z 50 gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Versicherungsfähig nach Tarif Z 50 sind Personen, die beim Versicherer zugleich nach einem Tarif der Krankheitskostenversicherung mit Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz versichert sind, oder wenn für sie Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

Der Tarif Z 50 dient nur einer Ergänzung des Versicherungsschutzes aufgrund der beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung oder aufgrund der gesetzlichen Krankenversicherung.

1.2 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten gemäß § 3 (3) Teil I gelten auch dann, wenn sie bei anderen Tarifen gemäß § 3 Teil II wegen Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsbefundes fortfallen.

Sie entfallen für unfallbedingte Zahnersatzleistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Kostenerstattung

1.1.1 Erstattungsfähig sind Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Zahnersatz einschließlich Reparaturen sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe sowie Zahn- und Kieferregulierung. Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind bis zum Regelhöchstsatz (2,3-fachen Gebührensatz) erstattungsfähig.

1.1.2 Diese Kosten werden, soweit sie nicht durch anderweitigen Versicherungsschutz gedeckt sind, im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu 50 % bis zu dem in 1.2 genannten Höchstsatz erstattet.

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

1.1.3 Als durch anderweitigen Versicherungsschutz gedeckte Kosten gelten auch mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarte Selbstbehalte gemäß § 53 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) und Prämienzahlungen gemäß § 53 Abs. 2 SGB V.

1.2 Höchstsatz

Der Höchstsatz beträgt pro Kalenderjahr 256 EUR (Tarif Z 50-1). Wird der Tarif als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung mehrfach versichert, so erhöht sich der Höchstsatz für jeden hinzuzusichernden Tarif um jeweils 512 EUR. Die Zahl der Mehrfachversicherungen wird im Versicherungsschein der Tarifbezeichnung angefügt, wie z. B. Z 50-3. Der Höchstsatz beträgt bei diesem Beispiel 1.280 EUR.

Teil III Tarif KlinikUNFALL Ergänzungstarif für stationäre Behandlung bei Unfall

KlinikUNFALL

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

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

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

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die, nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführenden, unter 1.1.2 bis 1.1.4 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach 1.1.6. Wird keine Kostenerstattung nach 1.1.2 bis 1.1.4 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach 1.1.5 gezahlt.

1.1.1 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

1.1.2 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.

1.1.3 Stationäre Unterbringung

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

1.1.4 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.

1.1.5 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines unfallbedingten Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß 1.1.2 bis 1.1.4 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.

1.1.6 Gesetzliche Zuzahlungen

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

1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (siehe 1.1.1) zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung 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 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:

1.2.1 Stationäre Behandlung 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.

Für ärztliche Leistungen im Ausland im Sinne von 1.1.2 findet die Regelung zur GOÄ keine Anwendung.

1.2.2 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 eine stationäre Weiterbehandlung im Inland notwendig ist.

1.2.3 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei unfallbedingtem Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu 11.000 EUR erstattet.

2 Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für 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 bei dem beruflichen Umgang mit explosiblen Stoffen entstehen,
- wenn 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 beruhen,
- bei Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen, Vergiftungen infolge Einführung fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, Bauch- und Unterleibsbrüchen sowie Schäden an Bandscheiben,
- soweit diese auf epileptischen Anfällen der versicherten Person beruhen,
- die auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.

Ebenfalls ausgeschlossen sind Unfälle, die auf der Ausübung folgender, oder ähnlicher, ebenso risikoreicher Sportarten beruhen:

Skispringen, Fallschirmspringen, Drachenfiegen, Motorrennsport, Boxen oder andere Kampfsportarten, Bungeejumping, Bergsteigen, Freeclimbing.

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

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil I	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2008)
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 angeordnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KT

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

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

§ 3 Wartezeiten

Teil I MB/KT

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird bis zur Höhe des bisherigen 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 Abwechslung 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 12 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)

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

b) Entsprechend § 4 (3) Teil I ist bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

c) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Gehalt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, so kann er entsprechend § 4 (4) Teil I ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf die der Gehaltsfortzahlung entsprechend längere Karenzzeit umstellen.

d) Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(4a) Dem Versicherungsnehmer wird spätestens alle drei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung der letzten Jahre zu erhöhen. Das versicherbare Krankentagegeld der versicherten Personen darf dabei nicht überschritten werden.

Die Anpassung (Erhöhung) kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im jeweiligen Anpassungsjahr übersandten Vordruck beantragt werden. Das Antragsformular nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann, und die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, muss der Versicherer den fristgerecht eingehenden Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen; die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrags beim Versicherer folgt.

(4b) Erhöht sich das Nettoeinkommen aufgrund individueller Einkommenssteigerungen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhö-

hung 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.

§ 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 Kriegereignisse 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, früher wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- 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) Die Einschränkung nach § 5 (1) c) Teil I entfällt.

(2) Abweichend von § 5 (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 Leistungsusage gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Der Tarif kann eine andere Regelung vorsehen.

(3) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1) f) Teil I gilt nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

(4) Abweichend von § 5 (2) Teil I wird das versicherte Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort gezahlt.

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

§ 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 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 i. V. m. § 194 Abs. 2 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) Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I MB/KT

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des 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

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 (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 Vornhundertersatz, 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 (1) Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vorphundertatz im Sinne von § 8 b (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 3 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 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 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 und 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 (1) Teil I, wenn eine Vorversicherung nach § 3 (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

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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) 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 2 Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, bei erst späterem bekannt werden 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.

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I MB/KT

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

§ 17 Gerichtsstand

Teil I MB/KT

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I MB/KT

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Teil III Tarife EKTG 8, EKTG 15, EKTG 22, EKTG 29, EKTG 43, EKTG 92, EKTG 183, EKTG 274, EKTG 365, EKTG 547, EKTG 729 Krankentagegeldtarife

EKTG

Die Tarife EKTG 8, EKTG 15, EKTG 22, EKTG 29, EKTG 43, EKTG 92, EKTG 183, EKTG 274, EKTG 365, EKTG 547 und EKTG 729 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KT 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und einkommensteuerpflichtig sind. Die Tarife EKTG 43, EKTG 92, EKTG 183, EKTG 274, EKTG 365, EKTG 547 und EKTG 729 können außerdem von solchen Personen gewählt werden, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

1.2 Das Aufnahmehöchstalter für Neuabschlüsse ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

2 Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsschutz für Aufenthalt im europäischen Ausland gemäß § 1 (6) Teil I kann auch für beruflich bedingte Aufenthalte im außereuropäischen Ausland beantragt werden. Der Versicherer kann dafür Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen ausbedingen.

3 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

3.1 Die Wartezeiten entfallen, wenn außer der Krankentagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht.

3.2 Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer unverzüglich nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand auf vorgeschriebenem Formblatt vorgelegt hat; die Kosten hierfür trägt der Versicherungsnehmer.

B Leistungen des Versicherers

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

Das Krankentagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung und unter Einschluss von Sonn- und Feiertagen gezahlt, und zwar in Tarif

EKTG 8	von dem	8. Tag
EKTG 15	von dem	15. Tag
EKTG 22	von dem	22. Tag
EKTG 29	von dem	29. Tag
EKTG 43	von dem	43. Tag
EKTG 92	von dem	92. Tag
EKTG 183	von dem	183. Tag
EKTG 274	von dem	274. Tag
EKTG 365	von dem	365. Tag
EKTG 547	von dem	547. Tag
EKTG 729	von dem	729. Tag

der völligen Arbeitsunfähigkeit an.

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem 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.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragsklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles 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. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

§ 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 nur 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.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 16, kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 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 infolge dessen 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.

§ 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 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

(4a) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von zehn vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12a Abs. 2a zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.

§ 12 a Alterungsrückstellung, Direktgutschrift

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vorhundertersatz nach Satz 2 erhöht sich

ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienerrhöhung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienerrhöhung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienerrmäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 10 Familienversicherung

(2) Kinder sind versichert 2. bis zur Vollendung des dreißigsten 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) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementar-diäten und Sondenernährung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden. 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 und apothekenpflichtig sind und die bei Anwendung der am 31. Dezember 1994 geltenden Fassung des § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes Arzneimittel gewesen wären, sind in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen; die §§ 33a und 35 finden insoweit keine Anwendung.

(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 Mittel und 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

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt 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. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

(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 Betrages, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder 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 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 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 Schwägernte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der 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, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. 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.

§ 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 Kriegsofferfürsorge 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 Kriegsofferfürsorge 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.

§ 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten.

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

§ 60 Fahrkosten

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes,
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

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

-
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter zu zahlen.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Anmerkungen

Es handelt sich hier um eine Auswahl von Auszügen aus den wesentlichen, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Paragraphen. Sollten Sie weitere Informationen wünschen, können Sie diese gern anfordern.

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	Stumpfmmodell, Sägemodell.....	11,25
6	Zahnkranz.....	5,76
7	Zahnkranz sockeln.....	6,65
11	Modellpaar trimmen/ Fixator, Montage eines Modellpaares in Fixator.....	11,99
12	Einstellen/ Montage in Mittelwertartikulator.....	14,38
13	Modellpaar sockeln.....	25,04
20	Basis für Konstruktionsbiss/ Basis für Vorbissnahme.....	11,59
21	Basis für Autopolymerisat.....	24,07
22	Bisswall.....	6,65
24	Übertragungskappe.....	27,36
31	Provisorische Krone oder Brückenglied.....	35,46
32	Formteil.....	23,32
101	Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/ Wurzelstiftkappe.....	84,39
102	Vollkrone Stufenpräparation/ Teilkrone/ Krone für Kunststoffverblendung.....	93,90
103	Vorbereiten Krone/ Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten.....	16,60
104	Modellation gießen.....	24,88
105	Stiftaufbau.....	57,97
110	Brückenglied.....	70,05
111	Mantelkrone Kunststoff.....	80,75
112	Mantelkrone Keramik/ Keramik-, Glaskeramikkrone.....	184,55
120	Teleskopierende Krone.....	257,02
130	Steg.....	104,82
131	Steglasche/ Stegreiter.....	60,00
132	Steggeschiebe individuell.....	122,89
133	Individuelles Geschiebe/ Ankerbandklammer/ Rillen- Schulter- Geschiebe.....	227,64
134	Konfektions- Geschiebe/ Konfektions- Gelenk/ Konfektions- Anker/ Konfektions-Riegel.....	131,77
135	Friktionsstift/ Federbolzen/ Schraube/ Bolzen.....	52,08
136	Gefrästes Lager.....	66,32
137	Schubverteilungsarm.....	67,15
140	Riegel individuell.....	200,22
150	Metallverbindung nach Brand.....	35,69
160	Verblendung Kunststoff.....	58,21
161	Zahnfleisch aus Kunststoff.....	17,34
162	Verblendung aus Keramik, Keramik-Aufbau für Galvano-Inlay.....	98,11
163	Zahnfleisch aus Keramik.....	37,55
201	Metallbasis.....	152,00
202	Einarmige Klammer/ Inlayklammer/ fortlaufende Klammer/ Bonyhardklammer/ Kralle/ Ney-Stiel/ Auflage/ Umgehungsbügel.....	14,44
203	Zweiarmige Klammer/ Approximalklammer/ Ringklammer/ Rücklaufklammer/ Bonyhardklammer Gegenlager/ Doppelbogenklammer.....	24,94
204	Zweiarmige Klammer, Auflage/ Approximalklammer, Auflage/ Ringklammer, Auflage/ Rücklaufklammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer, Auflage.....	36,89
205	Bonwillklammer.....	49,39
208	Rückenschutzplatte/ Metallzahn/ Metallkauffläche.....	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	Aufbisschiene/ Knirscherschiene/ Bissführungsplatte.....	128,51
402	Miniplastschiene/ Retentionsschiene/ Verband-, Verschlussplatte.....	76,26
403	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche.....	53,08
404	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn.....	11,62
405	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall.....	189,86
701	Basis für Einzelkiefergerät.....	58,87
702	Basis für bimaxilläres Gerät.....	124,37
703	Schiefe Ebene.....	49,20
704	Vorhofplatte.....	65,99
705	Kinnkappe.....	59,38

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

Nummer	Bezeichnung	bis zu EUR
710	Aufbiss.....	11,59
711	Abschirmelement.....	20,21
712	Weichkunststoff KFO.....	53,94
720	Schraube einarbeiten.....	17,68
721	Spezialschraube einarbeiten.....	26,18
722	Trennen einer Basis.....	7,30
730	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen.....	22,57
731	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen.....	29,68
732	Labialbogen intermaxillär.....	35,00
733	Feder, offen.....	9,94
734	Feder, geschlossen.....	12,78
740	Verbindungselement intramaxillär.....	26,18
741	Verbindungselemente intermaxillär.....	29,02
742	Verankerungselement.....	24,05
743	Einzelelement einarbeiten.....	12,42
744	Metallverbindung KFO.....	17,42
750	Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn.....	10,76
751	Mehrmarmiges 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 Sekundärteiles einer Teleskop-/Konuskrone.....	174,01
1029	Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes.....	196,54
1030	Zuschlag für Arbeiten unter dem Stereomikroskop, je Werkstück.....	20,94
1031	Mehraufwand bei Suprastruktur auf Implantat.....	46,17
1032	Röntgen- und/oder Implantatbohrschablone, Grundeinheit.....	130,52
1033	Röntgenkugel oder Bohrhülse einarbeiten, je vorgesehenes Implantat.....	18,03

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils versicherten Tarif.

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

Änderungen sind vorbehalten.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 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 wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf eines Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 01.2008

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 Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim GDV und beim PKV-Verband zentrale Hinweissysteme.

Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Haftpflichtversicherer:

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Kfz-Versicherer:

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer:

Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer:

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten,
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten,
- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer:

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadensaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer:

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadensaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

Unfallversicherer:

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

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 Geld- eingänge 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 IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft
ALLWEST Allgemeine Westfälische Sterbekasse
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
SIGNAL Unfallversicherung a. G.
ADLER Versicherung AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
ALLRECHT Rechtsschutz AG

CONRAD HINRICH DONNER BANK Aktiengesellschaft
CONRAD HINRICH DONNER Vermögensverwaltung Luxemburg S.A.
DONNER TREUHAND-GESELLSCHAFT mbh & Co. KG
HANSAINVEST Hanseatische Investment-Gesellschaft mbH

HANSA-NORD-LUX Managementgesellschaft AG
SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH
SIGNAL IDUNA Bauspar AG
Treuhand Contor Vermögensverwaltungs-Gesellschaft mit beschränkter Haftung

SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice Aktiengesellschaft
SIGNAL 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 Dienstleistungsangelegenheiten 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.

Satzung

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Name, Zweck, Sitz

(1) Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. ist ein Versicherungsver-
ein auf Gegenseitigkeit.

(2) Zweck des Vereins ist die Übernahme von Krankenversicherun-
gen 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 Zusam-
menhang steht, zu beteiligen. Er ist insbesondere befugt, für andere
Versicherungsunternehmen Versicherungsgeschäfte oder solche
Geschäfte zu betreiben, die mit der Versicherungstätigkeit in unmit-
telbarem Zusammenhang stehen. Weiterhin ist der Verein befugt, in
den von ihm nicht betriebenen Versicherungszweigen sowie Bau-
spar-, 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 elektroni-
schen Bundesanzeiger.

§ 2 Mitgliedschaft

(1) Wer mit dem Verein für sich oder zugunsten Dritter einen Versi-
cherungsvertrag abschließt, wird für die Dauer des Versicherungs-
verhältnisses Mitglied des Vereins.

(2) Der Verein ist berechtigt, auch Versicherungsverträge gegen
feste Beiträge mit der Bestimmung abzuschließen, dass der Versi-
cherungsnehmer nicht Mitglied wird. Auf solche Verträge darf nicht
mehr als ein Zehntel der Jahresbeitrageinnahme entfallen.

§ 3 Beiträge

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im voraus zu erhebende Bei-
träge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Allgemei-
nen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen
geregelt sind. Zu Nachschüssen sind die Mitglieder nicht verpflich-
tet. 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 Gemein-
schaft 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 erfor-
dert. Der Vorstand ist ermächtigt, Allgemeine Versicherungsbedin-
gungen 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 Entlas-
tung 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 aus-
geschiedenen Mitgliedes in der nächsten Mitgliederversamm-
lung.

(4) Die Mitgliedervertretung kann die Bestellung eines von ihr
gewählten Aufsichtsratsmitgliedes aus wichtigen Gründen mit Zwei-
drittelmehrheit widerrufen.

(5) Das Amt eines von der Mitgliederversammlung gewähl-
ten Aufsichtsratsmitgliedes erlischt, wenn es die Mitgliedschaft ver-

liert, das Insolvenzverfahren über sein Vermögen eröffnet wird oder
durch rechtskräftiges Urteil die Fähigkeit verloren hat, öffentliche
Ämter zu bekleiden.

(6) 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 Mit-
gliedervertretung beschließt.

(4) Der Aufsichtsrat hat zu seinen Sitzungen und den Sitzungen sei-
ner 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,
- Zustimmung zu dauernden Vermögensanlagen von besonderer
Bedeutung,
- Zustimmung zur Übernahme von Versicherungsbeständen ande-
rer Unternehmungen,
- Zustimmung zu Einführung und Änderungen von Allgemeinen Ver-
sicherungsbedingungen 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 Geneh-
migung des Änderungsbeschlusses verlangt werden.

C. Mitgliedervertretung

§ 9 Zusammensetzung, Wahlen

(1) Die Mitgliedervertretung ist das oberste Organ des Vereins.

(2) Die Mitgliedervertretung besteht aus mindestens vierzig, höch-
stens sieben Mitgliedervertretern.

(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 durch rechtskräftiges Urteil die
Fähigkeit verlieren, öffentliche Ämter zu bekleiden.

(5) Scheidet ein Mitgliedervertreter aus der Mitgliedervertretung
aus, so wählt die nächste Mitgliederversammlung seinen
Nachfolger, wenn die Mindestzahl der Mitgliedervertreter gem.
Ziffer (2) unterschritten ist oder die Mitgliedervertretung unbeschad-
et dieser Bestimmung eine Ergänzungswahl beschließt.

(6) Wenn die Mitgliedervertretung ihre Auflösung mit Zweidrittel-
mehrheit beschließt oder mindestens 5000 Mitglieder schriftlich die
Auflösung der Mitgliedervertretung fordern, findet eine Neuwahl der
Mitgliedervertretung durch alle Mitglieder statt.

(7) Die Amtszeit der durch Neuwahl gewählten Mitgliedervertretung
beginnt mit der ersten ordentlichen Mitgliederversammlung,
die auf die Wahl folgt. Als ordentliche Mitgliederversamm-
lungen gelten solche, die über die Entlastung des Vorstandes und
des Aufsichtsrates beschließen.

(8) Alle drei Jahre scheiden zehn Mitgliedervertreter aus der
Mitgliedervertretung durch Los aus, das in der ordentlichen Mitglie-
derversammlung dieser Jahre gezogen wird. Zur Losent-
scheidung werden jeweils nur diejenigen Mitgliedervertreter heran-
gezogen, die bisher durch das Los noch nicht ausgeschieden sind.

Sind hiervon weniger als zehn Mitgliedervertreter betroffen, so werden wieder alle Mitgliedervertreter in das Losverfahren einbezogen. Die so ausgeschiedenen Mitgliedervertreter werden durch Wahl aufgrund eines Vorschlags durch Vorstand und Aufsichtsrat ergänzt. Die Mitgliedervertretung ist dabei nicht an den Vorschlag gebunden. Eine Wiederwahl der ausgeschiedenen Mitgliedervertreter ist zulässig.

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

§ 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 oder an einem anderen Ort statt, den der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates bestimmt.

(2) Die Mitgliedervertretung ist unter Bekanntmachung der Tagesordnung durch den Vorstand mindestens 30 Tage vor dem Tag der Versammlung einzuberufen. Innerhalb von zwölf Tagen nach Bekanntmachung der Einberufung sind die Mitgliedervertreter unter Bekanntmachung der Tagesordnung nebst Vorschlägen zur Beschlussfassung zu der Versammlung gesondert einzuladen.

(3) Den Vorsitz in der Mitgliedervertreterversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder einer seiner Stellvertreter. Auf Antrag kann sich die Mitgliedervertretung unter Leitung des an Lebensjahren ältesten Mitgliedervertreters einen Verhandlungsvorsitzenden selbst wählen. Die Vorstandsmitglieder und die Mitglieder des Aufsichtsrates nehmen an den Versammlungen der Mitgliedervertretung teil.

(4) Anträge zur Beschlussfassung, die von mindestens 50 Mitgliedern spätestens zwei Monate vor der Mitgliedervertreterversammlung 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 Stimmgleichheit entscheidet das Los.

§ 12 Recht der Minderheit

Rechte, die das Gesetz einer Minderheit einräumt, stehen einer Minderheit von zehn Mitgliedervertretern zu.

§ 13 Aufgaben

Der Mitgliedervertretung obliegt insbesondere:

- a) Entgegennahme des Jahresabschlusses, des Lageberichtes und des Berichtes des Aufsichtsrates,
- b) Feststellung des Jahresabschlusses in den Fällen des § 173 Absatz 1 des Aktiengesetzes,
- c) Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
- d) Wahlen zum Aufsichtsrat,
- e) Beschlussfassung über Widerruf der Bestellung von Mitgliedern des Aufsichtsrates,
- f) Festsetzung der Vergütung für die Mitglieder des Aufsichtsrates und die Mitgliedervertreter,
- g) Beschlussfassung über Änderungen der Satzung,
- h) Beschlussfassung über Angelegenheiten, in denen der Vorstand eine Entscheidung der Mitgliedervertretung verlangt,
- i) Beschlussfassung über die Auflösung des Vereins und seinen Übergang auf ein anderes Versicherungsunternehmen.

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 Jahresbeitragseinnahmen der letzten 3 Jahre beträgt oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht. b) Außerdem können andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Die Höhe der Zuweisungen wird vom Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates festgelegt.

c) Der nach Vornahme der Abschreibungen, Wertberichtigungen, Rücklagen und Rückstellungen verbleibende Überschuss ist in voller Höhe der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen.

d) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt die Mitgliedervertretung. Als Form der Verwendung kann sie wählen: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. e) Abweichend von d) dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines 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.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 25.07.2006, Gesch.-Z.: VA 17 - VU 4002 - 2006/16