



Mehr Extras  
für gesetzlich  
**Kranken-**  
versicherte!

Wenn Sie selbst  
nicht **auf sich aufpassen**,  
schützen wir Sie vor den  
finanziellen Folgen.

# Auch wenn es Ihnen mal nicht so gut geht, sollte es Ihnen **nicht schlecht gehen.**

Unfall? Krankheit? Schwere Erkrankung?

Wie möchten Sie im Krankenhaus behandelt werden?

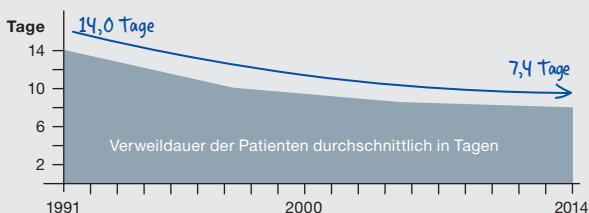
Ein kleiner Ausrutscher auf dem regennassen Gehweg – und schon kann es mit Blaulicht in die Klinik gehen. Auch schwere Krankheiten können uns unerwartet treffen. Deshalb ist es besser, sich für den Fall der Fälle abzusichern.

Denn was passiert, wenn etwas passiert? In der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Sie nur eine solide Grundabsicherung. Sie müssen im Krankenhaus mit hohen Zuzahlungen und unangenehmen Einschränkungen rechnen, zum Beispiel mit lauten, unkomfortablen Mehrbettzimmern.

## **Zusätzlich bedeutet das für Sie:**

- Keine freie Wahl des Arztes und der Behandlung durch Spezialisten
- Keine freie Wahl der Unterkunft
- Gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro täglich

## **Schnellere Entlassungen in Krankenhäusern**



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis)

# Werden Sie einfach Privatpatient – genau dann, wenn Sie es brauchen.

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes: die Lösung für Ihre Gesundheit – das KlinikSchutz-Programm.

Diese Zusatzversicherung bei der SIGNAL IDUNA verschafft Ihnen im entscheidenden Moment alle Extras, die Sie für eine schnelle Genesung brauchen.

Mit einzigartiger  
Krankenhaus-Assistance

## Ihre Vorteile:

- Sie sind Privatpatient
- Sie liegen komfortabel im Ein- oder Zweibettzimmer
- Sie genießen die beste Versorgung – durch Ihren Wahl-Arzt oder den Spezialisten Ihres Vertrauens
- Wir übernehmen die gesetzliche Zuzahlung

## Private Vorsorge lohnt sich!

Für einen dreiwöchigen stationären Aufenthalt (z.B. nach einem Verkehrsunfall) betragen die Mehrkosten für ein Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung **9.210,00 Euro**. Ihre Krankenkasse beteiligt sich nicht an diesen Kosten.

Mehrkosten für Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung	9.000,00 €
Gesetzliche Zuzahlung für 21 Tage	+ 210,00 €
Beteiligung der Krankenkasse	- 0,00 €
Soviel müssten Sie selbst zahlen	<u>9.210,00 €</u>
Erstattung aus KlinikTOP1/EKH 45	9.210,00 €
Sie selbst zahlen nur noch	<u><u>= 0,00 €</u></u>

Schwere Unfälle und schwere Erkrankungen wie Krebs (z. B. Leukämie) können leicht mehrere 10.000 Euro kosten.

# Voller Komfort für Ihre Genesung.

Mit dem KlinikSchutz-Programm schützen Sie sich individuell – genau abgestimmt auf Ihre persönlichen Wünsche.

Die stationären Ergänzungstarife sind im Fall des Krankenhausaufenthaltes – ob bei Unfall, schwerer Erkrankung oder sofort als Komplettlösung – Ihr Upgrade zum Privatpatienten. Das bedeutet für Sie unter anderem höchsten Komfort im Ein- oder Zweibettzimmer und die beste Versorgung durch den Spezialisten. Die gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro täglich übernimmt ebenfalls die SIGNAL Krankenversicherung für Sie. Ein besonderes Extra ist unsere Krankenhaus-Assistance – immer inklusive.

## **Besonders günstig für Einsteiger und Kinder**

Alle Angebote gibt es auch in der sogenannten pur-Variante. Diese bieten wir zu einem sehr günstigen Einstiegsbeitrag an. Die Kalkulation erfolgt dann ohne Altersrückstellungen. Deshalb hat der Tarif altersbedingte Beitrags sprünge – genau das Richtige für Sie, wenn Sie privaten Zusatzschutz zu einem günstigen Einstiegsbeitrag wünschen.

**Das besondere Top-Angebot:** Auch für Ihre Kinder bieten wir die beste Versorgung und höchsten Komfort – zu einem sehr günstigen Beitrag.

Dieser Prospekt ist ein Auszug aus den Tarifen. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

# Beruhigend leistungsstark: die Klinik-Tarife.

Welche Versorgung von TOP bis START passt zu Ihnen?

**Beste  
Absicherung**

## **KlinikTOP1/EKH 45 und KlinikTOP1pur/EKH 45:**

### **beste Absicherung mit Spezialist und Einbettzimmer**

Der Hochleistungsschutz mit TOP-Absicherung. Sie werden als Privatpatient behandelt und untergebracht, völlig unabhängig vom Unfall oder schweren Erkrankungen.

## **KlinikPLUS und KlinikPLUSpur: sehr gute Absicherung mit Spezialist und Zweibettzimmer**

Der zuverlässige Tarif mit sehr guter Absicherung. Sie werden nach einem Unfall oder bei bestimmten schweren Erkrankungen\* als Privatpatient behandelt und untergebracht. Ihr PLUS: Ab Vollendung des 60. Lebensjahres sind Sie in jedem Fall Privatpatient.

## **KlinikSTART und KlinikSTARTpur: gute Absicherung mit Spezialist und Zweibettzimmer**

Der Tarif mit guter Absicherung. Sie werden nach einem Unfall oder bei bestimmten schweren Erkrankungen\* als Privatpatient behandelt und untergebracht. Der ideale START in die stationäre Zusatzversicherung.

\* Schwere Erkrankungen gemäß den Bedingungen sind: akuter Herzinfarkt; ACVB-Operation (Bypass-Operation/Herzklappenoperation); Krebs (bösartiger Tumor) einschl. Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebses sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks; akutes Nierenversagen; Hirnblutung oder akuter Schlaganfall; Multiple Sklerose; Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Aorta); Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse; Verlust von großen Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern oder Zehen; bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung)/ Enzephalitis (Gehirnentzündung); Koma oder Wachkoma.

# Wir haben **an alles** gedacht. Aber vor allem an Sie.

## **Freie Krankenhauswahl.**

Sie bestimmen, in welchem Krankenhaus Sie behandelt werden möchten. Fallen Mehrkosten an, wenn Sie ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählen, werden diese übernommen. Zusätzlich erstattet Ihnen die SIGNAL Krankenversicherung die erforderlichen Transportkosten bis zu 250 Euro.

## **Optimale Versorgung.**

Sie werden im Zweibettzimmer mit eigenem Bad, Telefon und Fernseher untergebracht, in unserer absoluten Top-Absicherung sogar im Einbettzimmer. Zudem sichern Sie sich die privatärztliche Behandlung. In der Top-Variante leisten wir nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze. Hierzu gehören auch die vor- und nachstationäre Behandlung.

## **Freie Arztwahl.**

Sie können entscheiden, welcher Arzt bzw. Spezialist Sie behandelt.

## **Übernahme der Zuzahlungen.**

Wir erstatten Ihnen die gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro täglich für die ersten 28 Tage pro Kalenderjahr.

## **Keine Wartezeiten.**

Viele private Krankenversicherungen leisten erst nach Ablauf von Wartezeiten (drei bzw. acht Monate). Die SIGNAL Krankenversicherung verzichtet hierauf; Sie erhalten Ihre Leistungen sofort ab Versicherungsbeginn.

### **Ersatz-Krankenhaustagegeld.**

Wenn Sie unsere Leistungen für die gesamte Dauer eines Krankenhausaufenthaltes nicht in Anspruch nehmen, erhalten Sie stattdessen ein Krankenhaustagegeld von täglich 40 Euro – steuerfrei. In den Tarifen KlinikTOP1 und KlinikTOP1pur ist das Krankenhaustagegeld aufgeteilt:

- 25 Euro, wenn Sie den Wahlarzt/Spezialisten und die freie Krankenhauswahl nicht in Anspruch nehmen
- 15 Euro, wenn Sie kein Ein- oder Zweibettzimmer wählen.

### **Rooming-in.**

Die SIGNAL Krankenversicherung sorgt dafür, dass Eltern versicherter minderjähriger Kinder ebenfalls im Krankenhaus untergebracht werden können. Für die Unterbringung und Verpflegung werden bis zu 500 Euro pro Krankenhausaufenthalt erstattet. Rooming-in ist ein Bestandteil der schon im Beitrag enthaltenen Krankenhaus-Assistance.

### **Auch im Ausland versichert.**

Die SIGNAL Krankenversicherung bezahlt Ihnen akute stationäre Heilbehandlungen im Ausland und medizinisch notwendige Rücktransporte nach Deutschland.

### **Ambulante Operationen.**

In bestimmten Fällen decken die Tarife KlinikTOP1 und KlinikTOP1pur privatärztliche Leistungen für ambulante Operationen, wenn diese eine stationäre Operation ersetzen. Bitte benachrichtigen Sie uns im Vorfeld über eine ambulante Operation. Wir prüfen dann vorab, ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme erfüllt sind.

## Die Leistungen im Überblick

	KlinikTOP1/ EKH 45 <sup>1</sup>	KlinikTOP1pur /EKH 45 <sup>1</sup>
	Immer Privatpatient, auch unabhängig von Unfall oder schweren Erkrankungen	
Privatärztliche Behandlung	✓ <sup>2</sup>	✓ <sup>2</sup>
Vor- und nachstationäre Behandlungen	✓	✓
Freie Arzt- und Krankenhauswahl inkl. Transportkosten bis 250 €	✓	✓
Ein- oder Zweibettzimmer	✓	✓
Übernahme gesetzlicher Zuzahlungen	✓	✓
Ersatz-Krankenhaustagegeld	✓	✓
Krankenhausbehandlung im Ausland	✓	✓
Krankenhaus-Assistance (z. B. Rooming-in im Beitrag enthalten)	✓	✓
Erstattungen für ambulante Operationen, die eine stationäre OP ersetzen	✓	✓
<b>Alle genannten Leistungen</b>		
Bei Unfall	✓	✓
Zusätzlich bei bestimmten schweren Erkrankungen	✓	✓
Zusätzlich ab dem 60. Lebensjahr auch unabhängig von einem Unfall oder einer schweren Erkrankung	✓	✓
Sofort, unabhängig von Alter, Unfall oder einer schweren Erkrankung	✓	✓

<sup>1</sup> mit Tarif EKH 45: Sie haben generell Anspruch auf das Einbettzimmer. Bei Inanspruchnahme von 45 Euro gezahlt. Ohne Tarif EKH 45: Sie haben bei Unfällen ebenfalls einen Anspruch auf ein Einbettzimmer. Dieser Anspruch beruht nicht auf einem Unfall beruht, entsteht Ihnen je Tag eine Selbstbeteiligung von 45 Euro.

<sup>2</sup> ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ

### Sie bleiben flexibel – mit integriertem Optionsrecht.

Wenn die versicherte Person bei Vertragsabschluss noch keine 40 Jahre (Eintrittsalter) alt ist: Sie sichern sich ab dem 20. Lebensjahr das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen. Das Optionsrecht können Sie nach Ablauf von 60 Monaten oder 120 Monaten nach dem Beginn des Versicherungsschutzes wahrnehmen.



KlinikPLUS	KlinikPLUSpur	KlinikSTART	KlinikSTARTpur
Privatpatient nach Unfall und bei bestimmten schweren Erkrankungen und ab 60. Lebensjahr Komplettschutz		Privatpatient nach Unfall und bei bestimmten schweren Erkrankungen	
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
Zweibettzimmer	Zweibettzimmer	Zweibettzimmer	Zweibettzimmer
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
-	-	-	-
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	-	-
-	-	-	-

Entnahme eines Zwei- oder Mehrbettzimmers wird ein tägliches Krankenhaustagegeld von ... auf das Einbettzimmer. Wählen Sie das Einbettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt, der

### Besonders günstige Beiträge für frühe Einsteiger.

Die „pur-Varianten“ der Kliniktarife sind ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Sie sind daher besonders günstig und enthalten altersbedingte Beitragssprünge. Ein Wechsel in „klassische“ Tarife ist jederzeit möglich. Dieser Wechsel erfolgt automatisch: zu Beginn des Kalenderjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden, beim KlinikTOP1pur das 40. Lebensjahr.

# Krankenhaus-Assistance – **schneller Service** für eine schnelle Genesung.

Im Krankenhaus sollten Sie sich nur um eines kümmern: dass Sie schnell wieder gesund werden.

Natürlich ist das Wichtigste im Krankenhaus eine ärztliche Versorgung auf höchstem Niveau und eine komfortable Unterkunft als Wohlfühloase. Aber nicht immer sind Krankenhausaufenthalte planbar und nicht immer ist man nach einem Krankenhausaufenthalt völlig fit. Auch dann unterstützen wir Sie.

Ein Anruf genügt und wir kümmern uns um Ihr Anliegen. Etwa bei der Anmeldung oder Besorgung von Utensilien, wenn Sie überraschend, z. B. aufgrund eines Unfalls, ins Krankenhaus eingeliefert werden. Oder nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn Sie sich noch nicht um Ihre Wäsche oder die Reinigung Ihrer Wohnung kümmern können.

## **Hier ein Auszug für Sie:**

- Bademantel oder Zahnbürste vergessen?  
Wir sorgen für Ersatz!
- Rooming-in: Eltern begleiten ihre versicherten Kinder ins Krankenhaus.
- Wir zahlen z. B. den Pizzadienst, wenn das Essen im Krankenhaus mal nicht schmeckt.
- Für Ihre Kinder: Wir zahlen für Nachhilfe und Vermittlung von Betreuungen oder Tagesmüttern.
- Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus übernehmen wir bei Bedarf neben den Kosten für die Reinigung Ihrer Wohnung oder einen Wäscheservice auch noch den Fahrdienst zu Ärzten oder Therapeuten.
- Und viele weitere Leistungen.

## So viel können Sie zum Beispiel aus der Krankenhaus-Assistance erhalten

Mit einzigartiger  
Krankenhaus-Assistance

### Während des Krankenhausaufenthaltes

- |  |          |
|--|----------|
| - Anmeldung inkl. Telefon und TV   | 25,00 €  |
| - Essenslieferung  | 50,00 €  |
| - Besorgung von Kleidung, Hygiene-<br>produkten, Büchern und Zeitschriften                       | 95,00 €  |
| - 5 Tage Kinderbetreuung, Unter-<br>bringung von Haustieren, Hotel-<br>unterbringung Angehöriger | 850,00 € |

### Nach dem Krankenhausaufenthalt

- |   |          |
|---|----------|
| - Begleitservice, Fahrdienst zum<br>Arzt/zu Behörden                | 400,00 € |
| - Menüservice   | 250,00 € |
| - Durchführung von Besorgungen/<br>Einkäufen                        | 150,00 € |
| - Reinigung der Wohnung und<br>Versorgung der Wäsche (1x pro Woche) | 200,00 € |

Die Krankenhaus-Assistance

übernimmt für Sie

---

= 2.020,00 €

---

---

Die ausführlichen Beschreibungen der Assistanceleistungen und die genauen Erstattungshöhen entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Leistungsverzeichnis.

# Krankenhaus-Assistance – im Beitrag integriert.

Die SIGNAL Krankenversicherung organisiert die Krankenhaus-Assistance und übernimmt für Sie die anfallenden Kosten bis zu den genannten Höhen.

## **Voraussetzung für die Assistance-Leistungen:**

Sie melden sich am Notfalltelefon unter (0231) 1 35-49 48. Hier erhalten Sie Notfallhilfe rund um die Uhr.

## **Während des Krankenhausaufenthaltes:**

### **Leistungen für max. 5 Tage; Organisation der**

- Kinderbetreuung
- Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger
- Unterbringung von Haustieren

### **Organisation und Kostenübernahme bis max. 50 Euro**

#### **je Leistungsart**

- Unterstützung bei der Anmeldung im Krankenhaus inkl. Telefon und TV
- Essenslieferung als Alternative zur Krankenhausverpflegung\*
- Besorgung von Zeitschriften, Büchern, Spielsachen

### **Organisation und Kostenübernahme bis max. 500 Euro**

#### **je Leistungsart**

- notwendige Hotelunterbringung Angehöriger
- Rooming-in
- Schülernachhilfe für versicherte Schüler nach mindestens zwei Wochen Krankenhausaufenthalt

### **Unbegrenzte Kostenübernahme**

- Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus in der Nähe des Wohnortes (Bodentransport)

\* 22% der Deutschen gaben an, mit dem Essen bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt weniger zufrieden gewesen zu sein. (Quelle: MLP Gesundheitsreport)

## Nach dem Krankenhausaufenthalt:

**Insgesamt bis max. 1.000 Euro innerhalb von**

**5 Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus:**

- Begleitservice (z. B. Arzt- und Behördengänge, Therapien)
- Fahrdienst (Ärzte und Therapeuten)
- Menüservice durch Sozialdienst
- Durchführung von Besorgungen/Einkäufen bis zu 2x in der Woche, z. B. Lebensmittel, Medikamente
- Reinigung der Wohnung 1 x in der Woche
- Versorgung der Wäsche 1 x in der Woche

## Reha-Management\*:

**Nach Entlassung aus dem Krankenhaus:**

- Informationsdienstleistung, z. B. Rehabilitationsberater, soziale Einrichtungen
- Medizinische Rehabilitation, z. B. Feststellung des individuellen Bedarfes, Organisation der Reha und des Transports
- Berufliche Rehabilitation: Unterstützung durch Personal- und Berufsberater, z. B. bei Umschulung
- Rehabilitation eines Kindes: Informationen zu z. B. spezialisierten Kindergärten/Schulen, Tagesmüttern
- Soziales Umfeld, z. B. psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Vermittlung von Haushaltshilfe/ Kinderbetreuung/Handwerker

\* Im Verlauf von zwei Jahren sind 86 % der Patienten nach ihrer Rehabilitation wieder erwerbsfähig. (Quelle: Reha-Bericht 2012)

# Ihre persönlichen **Service-Nummern** für den Notfall.

Gerade bei einer schweren Erkrankung oder nach einem Unfall kommt es oft auf Minuten an.

Im Krankenhaus werden Sie oder Ihre Angehörigen nach dem aktuellen Versicherungsschutz der versicherten Person gefragt. Zum Beispiel nach dem Anspruch auf ein Ein- oder Zweibettzimmer und für privatärztliche Behandlungen.

Damit Sie die Service-Nummern auch wirklich immer dabei haben, speichern Sie diese beiden Telefon-Nummern am besten sofort in Ihrem Handy! Besitzer eines Smartphones können dazu die QR-Codes nutzen.

## **Info-Hotline zu Ihrem aktuellen Versicherungsschutz.**

Hier erhalten Sie oder Ihre Angehörigen Auskunft darüber, ob die versicherte Person die Leistung aus dem KlinikSchutz-Programm in Anspruch nehmen kann.

**0231 135-9120**



## **Hotline zur Krankenhaus-Assistance.**

Über dieses Notfalltelefon beraten wir Sie zur Krankenhaus-Assistance rund um die Uhr.

**0231 135-4948**



# TOP-Versicherungsschutz, wo Sie gehen und stehen.

Nur für Sie: Ihre persönliche SIGNAL IDUNA Card.

Beantragen Sie die beste Absicherung, erhalten Sie zusätzlich nach Vertragsabschluss noch Ihre persönliche „SIGNAL IDUNA Card für Privatversicherte“. Diese weist Sie im Krankenhaus als Privatversicherten mit Anspruch auf ein Einbettzimmer aus. Wählen Sie die Tarife KlinikTOP1 bzw. KlinikTOP1pur ohne Tarif EKH 45, ist dort das Zweibettzimmer vermerkt.



# Finanziell unabhängig – trotz Verdienstaussfall.

Arbeitsunfähigkeit ist und bleibt ein Risikofaktor – egal, ob ein Unfall oder eine Krankheit die Ursache ist.

Ihr Lebensstandard wird vor allem durch das Einkommen aus der beruflichen Tätigkeit gesichert. Nach 42 Tagen Krankschreibung stellt Ihr Arbeitgeber jedoch die Zahlung von Lohn oder Gehalt ein. Danach erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse ein so genanntes Krankengeld, das nur höchstens rund 78 % Ihres Nettoeinkommens beträgt.

Miete, Autoleasing und Bausparvertrag – schnell wird klar, dass der gewohnte Lebensstandard den Verfügungsrahmen sprengt.

Eine Krankentagegeld-Versicherung der SIGNAL Krankenversicherung verhindert finanzielle Engpässe: Aus dem Tarif ESP-E 43/20 erhalten Sie ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit eine Zahlung von 20 Euro täglich, das sind 600 Euro monatlich!

**So können Sie sich auf das konzentrieren, was wirklich wichtig ist: Ihre Genesung!**

## Wer zahlt im Krankheitsfall ab wann?

### **1.-42. Tag = Arbeitgeber**

(Entgeltfortzahlung: 100 % des Bruttoeinkommens)

### **43. Tag-78. Woche = Krankenkasse**

(Krankengeld: nur rund 78 % des Nettoeinkommens)

**Eine Tagegeld-Versicherung schließt diese Lücke.**



# Bereit für die Zukunft – mit dem Optionstarif flexSI.

So halten Sie sich bereits heute den Weg in die private Krankenversicherung offen.

Sie sind noch gesetzlich krankenversichert und an einer Kranken-Vollversicherung interessiert oder zumindest an einer umfassenden Kranken-Zusatzversicherung; zum jetzigen Zeitpunkt können oder wollen Sie dies jedoch noch nicht umsetzen.

## **Die Lösung für Sie – ein Tarif mit Optionsrecht.**

Option heißt: schon heute die Gesundheitsprüfung erfolgreich erledigen und erst zu einem späteren Zeitpunkt in eine umfassende Kranken-Voll- oder -Zusatzversicherung bei SIGNAL IDUNA wechseln – ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Während der Optionszeit eingetretene Krankheiten oder Unfallfolgen sind dann ohne Risikozuschlag in dem Versicherungsschutz eingeschlossen.

## **Zeitpunkte für Ihr Optionsrecht:**

- ✓ nach 1, 2, 3, 6 oder 9 Jahren
- ✓ nach Ende der gesetzlichen Versicherungspflicht
- ✓ nach Ende einer Familienversicherung
- ✓ spätestens mit Vollendung des 50. Lebensjahres

## **Erfreulich günstig – der monatliche Beitrag.**

Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre:	3,00 Euro
Erwachsene im Alter von 20 bis 49 Jahren:	6,00 Euro

# KlinikSchutz-Programm

## Unisex-Beiträge für Frauen und Männer\*

Monatsbeiträge gültig für 2015

Eintritts- alter	Klinik- STARTpur	Klinik- START	Klinik- PLUSpur	Klinik- PLUS	Klinik- TOP1pur + EKH 45
0-14	3,50 €	–	3,50 €	–	7,79 €
15-19	3,50 €	–	3,50 €	–	11,66 €
20	5,50 €	11,22 €	5,50 €	17,99 €	28,03 €
21	5,50 €	11,51 €	5,50 €	18,57 €	28,30 €
22	5,50 €	11,82 €	5,50 €	19,18 €	28,58 €
23	5,50 €	12,15 €	5,50 €	19,81 €	28,87 €
24	5,50 €	12,48 €	5,50 €	20,48 €	29,16 €
25	5,50 €	12,84 €	5,50 €	21,17 €	29,47 €
26	5,50 €	13,21 €	5,50 €	21,90 €	29,81 €
27	5,50 €	13,61 €	5,50 €	22,66 €	30,14 €
28	5,50 €	14,02 €	5,50 €	23,45 €	30,47 €
29	5,50 €	14,44 €	5,50 €	24,27 €	30,85 €
30	5,50 €	14,89 €	5,50 €	25,13 €	31,23 €
31	5,50 €	15,35 €	5,50 €	26,02 €	31,60 €
32	5,50 €	15,82 €	5,50 €	26,94 €	32,00 €
33	5,50 €	16,32 €	5,50 €	27,90 €	32,42 €
34	5,50 €	16,83 €	5,50 €	28,89 €	32,83 €
35	7,50 €	17,35 €	7,50 €	29,92 €	38,27 €
36	7,50 €	17,89 €	7,50 €	30,98 €	38,73 €
37	7,50 €	18,45 €	7,50 €	32,08 €	39,21 €
38	7,50 €	19,02 €	7,50 €	33,21 €	39,69 €
39	7,50 €	19,61 €	7,50 €	34,39 €	40,21 €
40	7,50 €	20,21 €	7,50 €	35,62 €	–
41	7,50 €	20,83 €	7,50 €	36,89 €	–
42	7,50 €	21,48 €	7,50 €	38,21 €	–
43	7,50 €	22,14 €	7,50 €	39,59 €	–
44	7,50 €	22,83 €	7,50 €	41,03 €	–
45	12,50 €	23,53 €	12,50 €	42,53 €	–
46	12,50 €	24,26 €	12,50 €	44,09 €	–
47	12,50 €	25,01 €	12,50 €	45,73 €	–
48	12,50 €	25,78 €	12,50 €	47,43 €	–
49	12,50 €	26,58 €	12,50 €	49,22 €	–

## Unisex-Beiträge für Frauen und Männer\*

Monatsbeiträge gültig für 2015

Eintrittsalter	Klinik-STARTpur	Klinik-START	Klinik-PLUSpur	Klinik-PLUS	Klinik-TOP1pur + EKH 45
50	12,50 €	27,39 €	12,50 €	51,08 €	–
51	12,50 €	28,22 €	12,50 €	53,03 €	–
52	12,50 €	29,07 €	12,50 €	55,08 €	–
53	12,50 €	29,94 €	12,50 €	57,22 €	–
54	12,50 €	30,83 €	12,50 €	59,46 €	–
55	–	31,74 €	–	61,82 €	–
56	–	32,66 €	–	64,30 €	–
57	–	33,60 €	–	66,90 €	–
58	–	34,56 €	–	69,64 €	–
59	–	35,52 €	–	72,53 €	–
60	–	36,50 €	–	75,57 €	–
61	–	37,47 €	–	77,57 €	–
62	–	38,45 €	–	79,60 €	–
63	–	39,42 €	–	81,66 €	–
64	–	40,38 €	–	83,74 €	–
65	–	41,33 €	–	85,83 €	–
66	–	42,27 €	–	87,93 €	–
67	–	43,19 €	–	90,03 €	–
68	–	44,08 €	–	92,12 €	–
69	–	44,96 €	–	94,20 €	–
70	–	45,80 €	–	96,24 €	–

\* Beiträge mit Alterungsrückstellungen (KlinikSTARTpur, KlinikPLUSpur, KlinikTOP1pur und R-EKH 45 ohne Alterungsrückstellungen).

### Hinweise zur Ermittlung des Eintrittsalters:

Kalenderjahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr = Eintrittsalter. Beim Eintrittsalter 20 Jahre, bei KlinikTOP1pur und EKH 45 auch beim Eintrittsalter 15 Jahre und bei R-EKH 45 generell gilt das tatsächliche Alter zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

Der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe ist in den pur-Varianten ab dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten zu zahlen. Danach ist der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe mit Beginn des Kalenderjahres, in dem folgende Lebensjahre vollendet werden, zu zahlen:

- KlinikSTARTpur: 35., 45., 55. und 65. Lebensjahr,
- KlinikPLUSpur: 35. und 45. Lebensjahr,
- KlinikTOP1pur: 35. Lebensjahr.

# KlinikSchutz-Programm

## Unisex-Beiträge für Frauen und Männer\*

Monatsbeiträge gültig für 2016

Eintrittsalter	Klinik-TOP1 + EKH45	Klinik-TOP1pur	Klinik-TOP1	EKH45	R-EKH45	ESP-E43 20 €
0-14	–	5,25 €	–	2,54 €	–	–
15-19	–	8,00 €	–	3,66 €	1,84 €	4,18 €
20	39,26 €	20,50 €	31,73 €	7,53 €	2,21 €	5,80 €
21	40,29 €	20,50 €	32,49 €	7,80 €	2,21 €	5,98 €
22	41,35 €	20,50 €	33,27 €	8,08 €	2,21 €	6,18 €
23	42,46 €	20,50 €	34,09 €	8,37 €	2,21 €	6,38 €
24	43,58 €	20,50 €	34,92 €	8,66 €	2,21 €	6,60 €
25	44,73 €	20,50 €	35,76 €	8,97 €	2,21 €	6,84 €
26	45,93 €	20,50 €	36,62 €	9,31 €	2,21 €	7,08 €
27	47,13 €	20,50 €	37,49 €	9,64 €	2,21 €	7,34 €
28	48,34 €	20,50 €	38,37 €	9,97 €	2,21 €	7,60 €
29	49,61 €	20,50 €	39,26 €	10,35 €	2,21 €	7,88 €
30	50,89 €	20,50 €	40,16 €	10,73 €	2,27 €	8,16 €
31	52,17 €	20,50 €	41,07 €	11,10 €	2,27 €	8,46 €
32	53,49 €	20,50 €	41,99 €	11,50 €	2,27 €	8,78 €
33	54,85 €	20,50 €	42,93 €	11,92 €	2,27 €	9,10 €
34	56,23 €	20,50 €	43,90 €	12,33 €	2,27 €	9,44 €
35	57,66 €	25,50 €	44,89 €	12,77 €	2,27 €	9,82 €
36	59,15 €	25,50 €	45,92 €	13,23 €	–	10,22 €
37	60,69 €	25,50 €	46,98 €	13,71 €	–	10,64 €
38	62,28 €	25,50 €	48,09 €	14,19 €	–	11,10 €
39	63,95 €	25,50 €	49,24 €	14,71 €	–	11,60 €
40	65,70 €	–	50,45 €	15,25 €	–	12,12 €
41	67,50 €	–	51,70 €	15,80 €	–	12,66 €
42	69,39 €	–	53,01 €	16,38 €	–	13,24 €
43	71,34 €	–	54,37 €	16,97 €	–	13,82 €
44	73,36 €	–	55,79 €	17,57 €	–	14,44 €
45	75,45 €	–	57,25 €	18,20 €	–	15,06 €
46	77,61 €	–	58,77 €	18,84 €	–	15,70 €
47	79,82 €	–	60,33 €	19,49 €	–	16,34 €
48	82,13 €	–	61,95 €	20,18 €	–	16,98 €
49	84,48 €	–	63,61 €	20,87 €	–	17,66 €

## Unisex-Beiträge für Frauen und Männer\*

Monatsbeiträge gültig für 2016

Eintrittsalter	Klinik-TOP1 + EKH45	Klinik-TOP1pur	Klinik-TOP1	EKH45	R-EKH45	ESP-E43 20 €
50	86,91 €	–	65,33 €	21,58 €	–	18,36 €
51	89,43 €	–	67,10 €	22,33 €	–	19,08 €
52	92,00 €	–	68,92 €	23,08 €	–	19,84 €
53	94,67 €	–	70,80 €	23,87 €	–	20,64 €
54	97,40 €	–	72,73 €	24,67 €	–	21,32 €
55	100,22 €	–	74,72 €	25,50 €	–	21,98 €
56	103,14 €	–	76,76 €	26,38 €	–	22,64 €
57	106,10 €	–	78,85 €	27,25 €	–	23,26 €
58	109,16 €	–	80,99 €	28,17 €	–	23,82 €
59	112,28 €	–	83,17 €	29,11 €	–	24,32 €
60	115,46 €	–	85,39 €	30,07 €	–	24,70 €
61	118,69 €	–	87,64 €	31,05 €	–	24,92 €
62	121,97 €	–	89,92 €	32,05 €	–	24,94 €
63	125,30 €	–	92,22 €	33,08 €	–	25,20 €
64	128,64 €	–	94,54 €	34,10 €	–	25,34 €
65	132,02 €	–	96,86 €	35,16 €	–	25,42 €
66	135,40 €	–	99,19 €	36,21 €	–	25,48 €
67	138,79 €	–	101,52 €	37,27 €	–	25,52 €
68	142,17 €	–	103,84 €	38,33 €	–	25,56 €
69	145,54 €	–	106,14 €	39,40 €	–	25,58 €
70	148,87 €	–	108,43 €	40,44 €	–	25,60 €

\* Beiträge mit Alterungsrückstellungen (KlinikSTARTpur, KlinikPLUSpur, KlinikTOP1pur und R-EKH 45 ohne Alterungsrückstellungen).

### Hinweise zur Ermittlung des Eintrittsalters:

Kalenderjahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr = Eintrittsalter. Beim Eintrittsalter 20 Jahre, bei KlinikTOP1pur, EKH 45 und ESP-E 43 20 auch beim Eintrittsalter 15 Jahre und bei R-EKH 45 generell gilt das tatsächliche Alter zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

Der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe ist in den pur-Varianten ab dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten zu zahlen. Danach ist der Beitrag für die nächsthöhere Altersgruppe mit Beginn des Kalenderjahres, in dem folgende Lebensjahre vollendet werden, zu zahlen:

- KlinikSTARTpur: 35., 45., 55. und 65. Lebensjahr,
- KlinikPLUSpur: 35. und 45. Lebensjahr,
- KlinikTOP1pur: 35. Lebensjahr.

## 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 einer der größten privaten 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 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 stationäre Kranken-Zusatzversicherung zur Erweiterung Ihres Krankenversicherungsschutzes.

### 2 Was ist versichert?

Je nach von Ihnen gewünschtem Tarif ist versichert:

**KlinikSTART(pur)** - Stationäre Zusatzversicherung nach Unfällen und bei bestimmten schweren Erkrankungen 100 % Erstattung für das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; Ersatz-Krankenhaustagegeld, Krankenhauszahlung, Einweisungsklausel. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht und Assistancleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe. Die Beiträge des Tarifs KlinikSTARTpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.

**KlinikPLUS(pur)** - Stationäre Zusatzversicherung nach Unfällen, bei bestimmten schweren Erkrankungen und generell ab dem 60. Lebensjahr 100 % Erstattung für das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; Ersatz-Krankenhaustagegeld, Krankenhauszahlung, Einweisungsklausel. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht und Assistancleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe. Die Beiträge des Tarifs KlinikPLUSpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.

### **KlinikTOP1(pur)** - Stationäre Zusatzversicherung

100 % Erstattung für das Ein- oder Zweibettzimmer (bei Wahl des Einbettzimmers: 45 EUR Selbstbeteiligung je Tag; entfällt bei Unfall) und Chefarztbehandlung; Ersatz-Krankenhaustagegeld, Krankenhauszahlung, Einweisungsklausel, stationärsersetzende ambulante Operationen. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht und Assistancleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe. Die Beiträge des Tarifs KlinikTOP1pur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.

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

**ESP-E** - Krankentagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes ab dem vereinbarten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

**flexSI** - Optionstarif für gesetzlich Krankenversicherte auf eine private Krankheitskosten-Vollversicherung oder -Zusatzversicherung.

Sie sichern sich mit diesem Tarif das Recht, zu bestimmten Zeitpunkten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten Ihren Versicherungsschutz in eine Voll- oder Zusatzversicherung umzustellen.

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, 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
- jährlich

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

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

Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung - auch einer gesetzlichen - bei einem weiteren Versicherer mit. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Tagegeldversicherung bedarf unserer Einwilligung.

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

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

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

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

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versi-

versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

### **8 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages 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.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 2 und 7 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

### **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, Amtsgericht Dortmund

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

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Reinhold Schulte

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

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

## **Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers**

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

## **Garantiefonds**

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Ihr Versicherer, die SIGNAL Krankenversicherung a. G., gehört dem Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung an.

## **Vertragsbedingungen**

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

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

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

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

Für die private Pflegepflichtversicherung gelten die

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

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

## **Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen**

Die übergebenen Informationen haben zu dem von Ihnen beantragten/gewünschten Versicherungsbeginn Gültigkeit.

## **Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken**

Die Berechnung des zur Deckung der Versicherungsleistungen jeweils notwendigen Beitrages beinhaltet auch die Berücksichtigung des Kapitalanlageergebnisses. Dessen Höhe ist abhängig von der Entwicklung auf den Kapitalmärkten.

Auf Grund von Schwankungen an den Kapitalmärkten können auch bei einer risikobewussten ausgewogenen Anlagepolitik in der Vergangenheit erzielte Ergebnisse nicht für die Zukunft garantiert werden.

## **Zustandekommen des Vertrages**

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

### **– Bei Stellung eines Antrages:**

Auf Ihren Antrag hin erhalten Sie durch den Versicherer einen Versicherungsschein, der die Annahme des Antrages und den Versicherungsschutz dokumentiert.

### **– Bei Stellung einer Angebotsanfrage:**

Auf Ihre Angebotsanfrage hin erhalten Sie durch den Versicherer ein entsprechendes Versicherungsangebot. Nur wenn dieses Angebot von Ihnen fristgerecht und unabgeändert angenommen wird, kommt der Vertrag mit Zugang Ihrer Annahmeerklärung beim Versicherer zustande. Der Zugang Ihrer Annahmeerklärung wird Ihnen durch die Übersendung eines Versicherungsscheins bestätigt.

## **Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

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

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:  
– (0231) 1 35 - 46 38

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten:  
– info@signal-iduna.de

## **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag/der Angebotsanfrage bzw. dem Versicherungsschein. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

## **Mitgliedstaaten der EU, deren Recht der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt wird**

Es wird das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde gelegt.

## **Anwendbares Recht/zuständiges Gericht**

Das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Das zuständige Gericht für den Vertrag ist das Gericht am Sitz des Versicherers (d.h. Dortmund) oder dasjenige Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat (§ 215 VVG).

## **Sprachen der Vertragsbedingungen und der Vertragsinformationen/Sprache der Kommunikation von Versicherer und Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit**

Die Versicherungsbedingungen und die vorab ausgehändigten Informationen erhalten Sie in deutscher Sprache. Wir verpflichten uns, die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache zu führen.

## **Möglichkeiten des Zugangs zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren**

Um dem Versicherungsnehmer den Zugang zu einer außergerichtlichen Einigung bei Beschwerden oder Meinungsverschiedenheiten zwischen ihm und dem Versicherer zu ermöglichen, kann eine Schlichtungsstelle nach § 214 VVG eingeschaltet werden.

Der Schlichtungssuchende kann sich wenden an den  
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22,  
10052 Berlin

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

## **Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Eine Beschwerde kann auch direkt gerichtet werden an die  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

### Teil I Musterbedingungen 2009

des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

#### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

##### Teil I MB/KK

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

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

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

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

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

##### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

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

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

## **§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

- (1) Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, wird der Vertrag gemäß § 8 Abs. 2 Teil I für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.
- (2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gem. § 2 Abs. 2 Teil I erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.
- (3) Abweichend von § 2 Abs. 2 Teil I wird bei der Bewertung des Versicherungsschutzes die Höhe des Selbstbehaltes nicht berücksichtigt, solange sich das Leistungsversprechen des versicherten Tarifes nur durch einen unterschiedlichen absoluten Selbstbehalt unterscheidet, d.h. der Selbstbehalt darf beim nachzuversichernden Neugeborenen auch niedriger sein, als der des versicherten Elternteils.

## **§ 3 Wartezeiten**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
- a) bei Unfällen;
  - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wurde.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

- (1) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen bei einem vom Versicherer zu bestimmenden Arzt untersuchen lassen. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller. Die Vordrucke für die ärztliche Untersuchung stellt der Versicherer zur Verfügung. Die Bindung des Antragstellers an seinen Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs der ärztlichen Zeugnisse beim Versicherer. Erhält der

Versicherer die ärztlichen Zeugnisse nicht innerhalb von drei Wochen nach Zugang der Vordrucke beim Antragsteller zurück, so gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

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

## **§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem 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.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

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

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

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

(3) Der Versicherer erstattet auch die Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Krankenhausambulanzen und medizinischen Versorgungszentren, sofern ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht. Zudem werden in der Krankheitskostenvollversicherung im Rahmen der Sterbebegleitung die Kosten der ambulanten Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden, erstattet. Ebenfalls erstattungsfähig sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Kosten der Versorgung in einem stationären Hospiz.

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

(5) Ergänzend zu § 4 Teil I bietet der Versicherer in der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) und, soweit es der Tarif (Teil III) vorsieht, auch in den Ergänzungstarifen dem Kunden im Versicherungsfall Kostenberatung durch Überprüfung von 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 Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a) Teil I wird für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, unter Beachtung von § 5 Abs. 3 Teil I geleistet.

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

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

(4) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

(5) Abweichend von § 5 Abs. 1 d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die Anschlussheilbehandlung der

Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird. Die Anschlussheilbehandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden.

## **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

- (1) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Heilbehandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und Steigerungssatz sowie jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit.  
Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, sind die Kostenbelege mit einer Bestätigung der gesetzlichen Krankenversicherung über die von ihr gezahlten Beträge vorzulegen.
- (2) Ist eine SIGNAL Klinik-Card ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach § 6 Abs. 6 Teil I insoweit nicht.

## **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

### **Teil I MB/KK**

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

## **Pflichten des Versicherungsnehmers**

## **§ 8 Beitragszahlung**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.



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

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

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

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

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

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

## **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

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

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

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

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

(6) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

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

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



im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung erstmals im abgelaufenen Kalenderjahr abgeschlossen wurden, so wird eine anteilige Beitragsrückerstattung gewährt.

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

## **§ 8 a Beitragsberechnung**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

- (1) Für die in dem Versicherungsvertrag versicherten Kinder ist von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der niedrigste Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.
- (2) Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.
- (3) Der Tarif (Teil III) kann andere Regelungen vorsehen.

## **§ 8 b Beitragsanpassung**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundert-satz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

- (1) Die in § 8 b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobach-

tungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

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

(3) Unter den in § 8 b Abs. 1 Teil I genannten Voraussetzungen können auch Beitragszuschläge gemäß § 15 Abs. 3 Teil II angepasst werden.

## **§ 9 Obliegenheiten**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres 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**

Abweichend von § 9 Abs. 1 Teil I wird auf die Meldung der Krankenhausbehandlung verzichtet. § 4 Abs. 5 Teil I bleibt unberührt.

## **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## **§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

### **Teil I MB/KK**

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## **§ 12 Aufrechnung**

### **Teil I MB/KK**

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

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

#### Teil I MB/KK

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

## **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

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

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

(3) In Abweichung zu § 13 Abs. 8 Satz 2 MB/KK kann der Versicherungsnehmer, der bereits vor dem 01.01.2009 eine Krankheitskostenvollversicherung bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. abgeschlossen hat und nach dem 01. 01. 2009 bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. einen Tarifwechsel in Tarife mit Übertragungswert für die versicherte Person vornimmt, ebenfalls verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31.12. 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

(4) Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes:

In Abweichung von § 13 Abs. 8 MB/KK 2009 kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, auf deren neuen Versicherer überträgt, wenn die versicherte Person in den Basistarif des neuen Versicherers wechselt und die Kündigung des bestehenden Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin erklärt wird.

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

### **Teil I MB/KK**

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

## **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

Abweichend von § 14 Teil I verzichtet der Versicherer generell auf das ordentliche Kündigungsrecht.

## **§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

### **Teil I MB/KK**

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

## **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

Abweichend von § 15 Abs. 3 Teil I verpflichtet sich der Versicherer, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes beantragt wird. Die anderweitige

Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Dieser Beitragszuschlag ergibt sich einheitlich für alle betroffenen Versicherten gemäß einer länderabhängigen Liste des Versicherers. Eine Anpassung des Beitragszuschlags kann gemäß § 8 b Teil I und II erfolgen.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

#### Teil I MB/KK

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

### § 17 Gerichtsstand

#### Teil I MB/KK

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

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

#### Teil I MB/KK

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

### § 19 Wechsel in den Standardtarif

#### Teil I MB/KK

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

### § 20 Wechsel in den Basistarif

#### Teil I MB/KK

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

**Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:**

**Tarifleistungen KlinikSTART:**

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

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung
- oder 40 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

**Krankenhaus-Sofortschutz**

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

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

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

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

**Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil III:**

**A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag**

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten
- 3 Unfallbegriff
- 4 Schwere Erkrankungen

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

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

**C Optionsrecht**

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

**D Anpassungsvorschriften**

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

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

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

## **Tarif KlinikSTART** **Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III**

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

**Teil I** Musterbedingungen MB/KK 2009

**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

### **A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag**

#### **1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)**

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

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

#### **2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)**

Die Wartezeiten entfallen.

#### **3 Unfallbegriff**

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

Versicherungsschutz besteht auch

- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungsstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,
- sowie für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt ferner jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2015 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2015) erfüllt.

#### **4 Schwere Erkrankungen**

Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:

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

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

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

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

**1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikSTART**

**1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland**

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

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

zurückzuführen sind.

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

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach 1.1.6.

**1.1.1 Ärztliche Leistungen**

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115 a Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

**1.1.2 Stationäre Unterbringung**

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

**1.1.3 Krankenhauswahl**

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfIV bzw. des KHEntgG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

**1.1.4 Krankenhaustagegeld**

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1.1.1 bis 1.1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR.

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

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

**1.1.5 Gesetzliche Zuzahlungen**

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

**1.1.6 Sofortschutz**

**1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz**

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

**1.1.6.2 Geltungsbereich**

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

**1.1.6.3 Voraussetzungen**

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

- es liegt ein Unfall vor (vgl. A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt



- oder es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. A 4) und zur Behandlung dieser wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt
- und der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

### **1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland**

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Kranken-transport sowie die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten.

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

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

#### **1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

#### **1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus**

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

#### **1.2.3 Rückführungskosten**

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

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss.

Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

#### **1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten**

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

## **C Optionsrecht**

### **1 Optionsrecht nach Tarif KlinikSTART**

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikSTART das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

### **2 Voraussetzungen**

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

### **3 Optionsvorteil**

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

### **4 Beantragungsfrist**

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

### **5 Unterbrechung des Optionsrechts**

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

### **6 Beiträge**

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

### **7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz**

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

## **D Anpassungsvorschriften**

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

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

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

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

### **1 Tarifbezeichnung**

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

### **2 Annahmefähigkeit**

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

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

Vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, entfallen die Sonderbedingungen und die Versicherung wird automatisch nach Tarif KlinikSTART bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen weitergeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur) ohne Bildung von Alterungsrückstellungen weiterführen, kann er die Vertragsänderung innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach Wegfall der Sonderbedingungen durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung widerrufen.

### **4 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag**

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

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

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

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

---

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

---

### **Kostenberatung und rechtliche Unterstützung**

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300 Euro in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung der SIGNAL Krankenversicherung a. G. geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.

---

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

Produktlinie Klinik

---

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

Die tariflichen Leistungen werden für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Deutschland erstattet, die auf einen Unfall oder auf eine der folgenden schweren Erkrankungen zurückzuführen sind:

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

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

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

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

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

Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung bis zum 3,5fachen Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen.

Ebenfalls erstattungsfähig sind Kosten für ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine Vorleistung erbracht hat.

### 4. Was ist die GOÄ?

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

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

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

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

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

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

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

### 6. Welche Leistungen erhalte ich bei Wahl eines anderen Krankenhauses?

Erstattet werden 100 % der Mehrkosten, die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses, als das in der Einweisung des Arztes genannten, entstehen. Voraussetzung für die Leistung ist jedoch, dass das gewählte Krankenhaus für die GKV zugelassen ist.

---

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

Die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses entstehenden Krankentransportkosten sind nach Vorleistung der GKV bis zu einem Betrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt erstattungsfähig.

#### **7. Werden die gesetzlichen Zuzahlungen erstattet?**

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

#### **8. Was geschieht, wenn ich keine Wahlleistungen in Anspruch nehme?**

Werden keine Leistungen für Chefarztbehandlung, Unterkunft im Zweibettzimmer oder die Wahl eines anderen Krankenhauses in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) erstattet.

#### **9. Welche zusätzlichen Hilfeleistungen erhalte ich bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland?**

Der Tarif sieht verschiedene Sofortschutz-Leistungen vor. Er beinhaltet eine Krankenhaus-Soforthilfe und Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitationsmanagement. Hierzu gehören beispielsweise: Anmelde-service, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe.

Diese Sofortschutz-Leistungen können Sie über das Notfalltelefon unter der Nummer **0231-135 4948** beantragen. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

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

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

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

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

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

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

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

**Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:**

**Tarifleistungen KlinikPLUS:**

**Stationäre Heilbehandlung in Deutschland**

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung
- 100 % Einbettzimmer (45 EUR Selbstbeteiligung je Tag, entfällt bei Unfall)
- oder 40 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

**Krankenhaus-Sofortschutz**

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

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

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

**Tarifleistungen KlinikPLUS ab Alter 60:**

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

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

**Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil III:**

**A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag**

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten
- 3 Unfallbegriff
- 4 Schwere Erkrankungen

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

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

**C Optionsrecht**

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

**D Anpassungsvorschriften**

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

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
- 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
- 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (Klinik-PLUSpur)

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

<b>Tarif KlinikPLUS</b> <b>Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III</b>
--

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

**Teil I** Musterbedingungen MB/KK 2009

**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

<b>A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag</b>
---

### **1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)**

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

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

### **2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)**

Die Wartezeiten entfallen.

### **3 Unfallbegriff**

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

Versicherungsschutz besteht auch

- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,
- sowie für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt ferner jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2015 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2015) erfüllt.

### **4 Schwere Erkrankungen**

Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:

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

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

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

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

### **1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS**

#### **1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland**

Erstattungsfähig sind die unter Abschnitt B 1.1.1 bis 1.1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.1.5, sofern diese nachweislich auf - einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. A 3) bzw. - eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung (vgl. A 4) zurückzuführen sind.

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

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.1.6.

#### **1.1.1 Ärztliche Leistungen**

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115 a Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

#### **1.1.2 Stationäre Unterbringung**

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

#### **1.1.3 Krankenhauswahl**

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfIV bzw. des KHEntgG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

#### **1.1.4 Krankenhaustagegeld**

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1.1.1 bis 1.1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR.

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

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

#### **1.1.5 Gesetzliche Zuzahlungen**

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

#### **1.1.6 Sofortschutz**

##### **1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz**

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

##### **1.1.6.2 Geltungsbereich**

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

##### **1.1.6.3 Voraussetzungen**

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

- es liegt ein Unfall vor (vgl. A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt



- oder es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. A 4) und zur Behandlung dieser wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt
- und der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

### **1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland**

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Kranken-transport sowie die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten.

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

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

#### **1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

#### **1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus**

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

#### **1.2.3 Rückführungskosten**

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

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss.

Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

#### **1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten**

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

### **2 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS ab Alter 60**

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

## **C Optionsrecht**

### **1 Optionsrecht nach Tarif KlinikPLUS**

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikPLUS das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

## 2 Voraussetzungen

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

## 3 Optionsvorteil

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

## 4 Beantragungsfrist

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

## 5 Unterbrechung des Optionsrechts

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

## 6 Beiträge

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

## 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

### D Anpassungsvorschriften

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

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

### E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikPLUS (KlinikPLUSpur)

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

#### 1 Tarifbezeichnung

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

#### 2 Annahmefähigkeit

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

#### 3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

#### 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach Tarif Klinik-PLUS bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Fortführung beenden.

#### 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag

Ergänzend zu E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

#### 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur)

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

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. bzw. 45. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

---

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

---

### **Kostenberatung und rechtliche Unterstützung**

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300 Euro in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung der SIGNAL Krankenversicherung a. G. geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.

---

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

Produktlinie Klinik

---

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

Die tariflichen Leistungen werden für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Deutschland erstattet, die auf einen Unfall oder auf eine der folgenden schweren Erkrankungen zurückzuführen sind:

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

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

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

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

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

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

Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung bis zum 3,5fachen Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen.

Ebenfalls erstattungsfähig sind Kosten für ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine Vorleistung erbracht hat.

### 4. Was ist die GOÄ?

Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) ist Grundlage für die Vergütung privat-ärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ) aufgeführten Gebührensätze (Einfachsätze) einzelner Leistungen können innerhalb eines Gebührenrahmens mit einem Faktor multipliziert werden, der die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand und die Umstände bei der Ausführung der Leistung ausdrückt.

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

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

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

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

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

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

## **6. Welche Leistungen erhalte ich bei Wahl eines anderen Krankenhauses?**

Erstattet werden 100 % der Mehrkosten, die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses, als das in der Einweisung des Arztes genannten, entstehen. Voraussetzung für die Leistung ist jedoch, dass das gewählte Krankenhaus für die GKV zugelassen ist.

Die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses entstehenden Krankentransportkosten sind nach Vorleistung der GKV bis zu einem Betrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt erstattungsfähig.

## **7. Werden die gesetzlichen Zuzahlungen erstattet?**

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

## **8. Was geschieht, wenn ich keine Wahlleistungen in Anspruch nehme?**

Werden keine Leistungen für Chefarztbehandlung, Unterkunft im Zweibettzimmer oder die Wahl eines anderen Krankenhauses in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) erstattet.

## **9. Welche zusätzlichen Hilfeleistungen erhalte ich bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland?**

Der Tarif sieht verschiedene Sofortschutz-Leistungen vor. Er beinhaltet eine Krankenhaus-Soforthilfe und Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitationsmanagement. Hierzu gehören beispielsweise: Anmelde-service, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe.

Diese Sofortschutz-Leistungen können Sie über das Notfalltelefon unter der Nummer **0231-135 4948** beantragen. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

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

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

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

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

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

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

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

**Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:**

**Tarifleistungen KlinikTOP1:**

**Stationäre Heilbehandlung in Deutschland**

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % wahlärztliche Behandlung
- 100 % Zweibettzimmer
- 100 % Einbettzimmer (45 EUR Selbstbeteiligung je Tag, entfällt bei Unfall)
- oder 40 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

**Krankenhaus-Sofortschutz**

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlussilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

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

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

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

**Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil III:**

**A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag**

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

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

- 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikTOP1
  - 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
    - 1.1.1 Ärztliche Leistungen
    - 1.1.2 Stationäre Unterbringung
    - 1.1.3 Krankenhauswahl
    - 1.1.4 Krankenhaustagegeld
    - 1.1.5 Ambulante Operationen
    - 1.1.6 Gesetzliche Zuzahlung
    - 1.1.7 Sofortschutz
      - 1.1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz
      - 1.1.7.2 Geltungsbereich
      - 1.1.7.3 Voraussetzungen
    - 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
      - 1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
      - 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
      - 1.2.3 Rückführungskosten
      - 1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

**C Optionsrecht**

- 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1
- 2 Voraussetzungen
- 3 Optionsvorteil
- 4 Beantragungsfrist
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Beiträge
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

**D Anpassungsvorschriften**

- 1 Beitragsanpassung

**E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 (KlinikTOP1pur)**

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40

- 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag
- 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)

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

<b>Tarif KlinikTOP1</b> <b>Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III</b>
--

**Der Tarif KlinikTOP1 gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung:**

**Teil I** Musterbedingungen MB/KK 2009

**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

<b>A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag</b>
---

### **1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)**

1.1 Der Tarif KlinikTOP1 kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikTOP1.

1.2 Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nur im Rahmen der Sonderbedingungen des Tarifs KlinikTOP1 (Abschnitt E) versicherungsfähig.

### **2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)**

Die Wartezeiten entfallen.

<b>B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G.</b> <b>(zu § 4 und § 5 Teil I und II)</b>
---

### **1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikTOP1**

#### **1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland**

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

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1.1 bis 1.1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhausstagegeld nach Abschnitt B 1.1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.1.7.

#### **1.1.1 Ärztliche Leistungen**

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

#### **1.1.2 Stationäre Unterbringung**

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird für jeden Tag der Krankenhausbehandlung, an dem dieser Zuschlag erhoben wird, eine Selbstbeteiligung von 45 EUR abgezogen.

Die Selbstbeteiligung entfällt, sofern es sich um einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt handelt.

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

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt ferner jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2015 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2015) erfüllt.

#### **1.1.3 Krankenhauswahl**

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BpflV bzw. des KHEntgG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

#### **1.1.4 Krankenhaustagegeld**

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß

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

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

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

#### **1.1.5 Ambulante Operationen**

Erstattet werden zu 100 % die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

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

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

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

#### **1.1.6 Gesetzliche Zuzahlungen**

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

#### **1.1.7 Sofortschutz**

##### **1.1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung sowie bei einer eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation gemäß Abschnitt B 1.1.5 besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikTOP1 für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

##### **1.1.7.2 Geltungsbereich**

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.1.7.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

##### **1.1.7.3 Voraussetzungen**

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

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

#### **1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland**

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 1.2.1 und 1.2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die unter Abschnitt B 1.2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 1.2.4.

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

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

##### **1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über aus-reichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.



### **1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus**

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 1.2.1.

### **1.2.3 Rückführungskosten**

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

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss.

Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

### **1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten**

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

## **C Optionsrecht**

### **1 Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1**

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikTOP1 das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen. Die Hinzuzusicherung eines Krankenhaustagegeldes in Höhe sowie die Erhöhung eines Krankenhaustagegeldes auf die Höhe der in Abschnitt B 1.1.2 genannten Selbstbeteiligung bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers steht der zuvor beschriebenen Umstellung in leistungsstärkere stationäre Zusatztarife gleich.

### **2 Voraussetzungen**

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach Tarif KlinikTOP1 vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

### **3 Optionsvorteil**

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

### **4 Beantragungsfrist**

Das Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1 entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

### **5 Unterbrechung des Optionsrechts**

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikTOP1 in Anwartschaft geführt wird.

### **6 Beiträge**

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

### **7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz**

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

## D Anpassungsvorschriften

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

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

1.2 Erfolgt auf Grundlage des § 8 Abs. 1 Teil I eine Erhöhung der Selbstbeteiligung, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein zu diesem Zeitpunkt in Höhe der Selbstbeteiligung bestehendes Krankenhaustagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung im gleichen Umfang zu erhöhen.

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Erhöhung keine Beitragsrückstände bestehen und keine wirksame Kündigung vorliegt.

Das Recht zur Erhöhung des Krankenhaustagegeldes entfällt, wenn diese nicht spätestens bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Selbstbeteiligung gemäß § 8 b Abs. 3 Teil I beantragt wird.

## E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 (KlinikTOP1pur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen. Die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikTOP1 auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

### 1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch «pur» ergänzt (KlinikTOP1pur).

### 2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 39 Jahren.

### 3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet.

### 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Fortführung beenden.

### 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

### 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)

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

Von dem auf die Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

---

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

---

### **Kostenberatung und rechtliche Unterstützung**

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300 Euro in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung der SIGNAL Krankenversicherung a. G. geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.

---

## Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikTOP1(pur)

Produktlinie Klinik

---

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

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

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

Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung nach der geltenden Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen.

Ebenfalls erstattungsfähig sind Kosten für ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine Vorleistung erbracht hat.

### 3. Was ist die GOÄ?

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

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

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

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

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

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

Ebenso werden Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer übernommen. Für jeden Tag der Inanspruchnahme des Einbettzimmers verbleibt eine Selbstbeteiligung in Höhe von 45 EUR. Diese entfällt bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung. Die Selbstbeteiligung kann durch die Hinzuversicherung eines Krankenhaustagegeldes in gleicher Höhe ausgeglichen werden.

### 5. Welche Leistungen erhalte ich bei Wahl eines anderen Krankenhauses?

Erstattet werden 100 % der Mehrkosten, die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses, als das in der Einweisung des Arztes genannten, entstehen. Voraussetzung für die Leistung ist jedoch, dass das gewählte Krankenhaus für die GKV zugelassen ist.

Die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses entstehenden Krankentransportkosten sind nach Vorleistung der GKV bis zu einem Betrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt erstattungsfähig.

### 6. Werden die gesetzlichen Zuzahlungen erstattet?

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

### 7. Was geschieht, wenn ich keine Wahlleistungen in Anspruch nehme?

Es wird ein Ersatz-Krankenhaustaggeld für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) in Höhe von

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

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

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

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

### **9. Welche zusätzlichen Hilfeleistungen erhalte ich bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland?**

Der Tarif sieht verschiedene Sofortschutz-Leistungen vor. Er beinhaltet eine Krankenhaus-Soforthilfe und Krankenhaus-Anschlussilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitationsmanagement. Hierzu gehören beispielsweise: Anmelde-service, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe.

Diese Sofortschutz-Leistungen können Sie über das Notfalltelefon unter der Nummer **0231-135 4948** beantragen. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

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

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

### **11. Welche Besonderheiten gelten für die Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)?**

Die pur-Tarifvariante KlinikTOP1pur bildet keine Rückstellungen für das Alter, d. h. der Beitrag steigt bei Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe.

Während der Vertragslaufzeit ist ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit ein Wechsel in die entsprechende Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen und gleichem Leistungsumfang (von KlinikTOP1pur in KlinikTOP1) möglich. Die Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen zeichnet sich dadurch aus, dass es keine Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gibt.

Zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, entfallen die Sonderbedingungen und es erfolgt eine obligatorische Fortführung der Versicherung nach Tarif KlinikTOP1.

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

---

## **Leistungsverzeichnis der Tarife KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur) und KlinikPLUS(pur), KlinikTOP(pur) und KlinikTOP1(pur) für Sofortschutz-Leistungen**

---

Die nachfolgend dargestellten Sofortschutz-Leistungen werden unter den in den Tarifen KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur) und KlinikPLUS(pur), KlinikTOP(pur) und KlinikTOP1(pur) genannten Voraussetzungen erbracht. Der Sofortschutz umfasst Informations-, Beratungs-, Vermittlungs- und Organisationsleistungen. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht für die unter den Punkten 1.1 und 1.2 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.

Beantragen Sie Ihre Sofortschutz-Leistungen unverzüglich über das Notfalltelefon unter der Nummer 0231-135 4948. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

### **1 Krankenhaus-Sofortschutz**

#### **1.1 Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme**

Bei einer stationären Heilbehandlung werden auf Wunsch folgende Dienstleistungen vermittelt und organisiert. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu den jeweils genannten Höchstsätzen übernommen. Die Höchstsätze gelten je versicherte Person und je Versicherungsfall.

##### **Anmeldeservice**

Unterstützung bei der Anmeldung im Krankenhaus inklusive der Organisation eines Telefon- und Fernsehanschlusses und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

##### **Menüservice**

Organisation einer Essenslieferung als Alternative zur Krankenhausverpflegung und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

##### **Besorgung von notwendigen Utensilien**

Organisation von notwendigen Utensilien wie z.B. Hygieneprodukte und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR oder alternativ hierzu der einmalige Transport von Kleidung und notwendigen Utensilien bis zu einer Entfernung von 50 Kilometern vom Wohnort zum Krankenhaus.

##### **Besorgung von Unterhaltungsmedien/Spielsachen**

Organisation von Unterhaltungsmedien wie z.B. Zeitschriften, Büchern sowie ggf. Spielsachen für versicherte Kinder und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

##### **Hotelunterbringung**

Organisation der Unterbringung von Angehörigen in einem dem Krankenhaus nahegelegenen Hotel, sofern dies für den Krankenhausbesuch erforderlich ist und Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

##### **Rooming-In**

Organisation der Begleitung des versicherten minderjährigen Kindes durch die Eltern ins Krankenhaus und für einen Aufenthalt der Eltern im Krankenhaus. Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

##### **Schülernachhilfe**

Organisation einer Schülernachhilfe nach stationärem Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen für den versicherten Schüler oder minderjährige Kinder und Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

##### **Vermittlung von Betreuungen**

Vermittelt und organisiert werden im Falle der nachgewiesenen Erforderlichkeit folgende Dienstleistungen inklusive Kostenübernahme für die Dauer von bis zu jeweils fünf Tagen:

- Betreuung von minderjährigen Kindern
- Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger
- Betreuung von Haustieren

##### **Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus am Wohnort**

Organisation und Kostenübernahme einer Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus in der Nähe des Wohnortes bei ärztlich bestätigter Tauglichkeit für einen Bodentransport.

#### **1.2 Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme**

Vermittelt und organisiert werden für die versicherte Person bei nachgewiesener Erforderlichkeit die nachfolgend beschriebenen Dienstleistungen. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu fünf Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach Durchführung einer nach Tarif KlinikTOP(pur) oder KlinikTOP1(pur) versicherten, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation übernommen (Kostenübernahme), insgesamt jedoch nicht mehr als 1.000 EUR je versicherte Person und je Versicherungsfall.

## **Begleitservice**

Organisation eines Begleitservices zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien.

## **Fahrdienst**

Bis zu zwei Mal in der Woche wird ein Fahrdienst (Hin- und Rückfahrt) zu Ärzten, Behörden, Krankengymnasten oder anderen Therapeuten und Therapien organisiert.

## **Menüservice**

Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung nach vorheriger Auswahl des Betroffenen durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

## **Besorgungen/Einkäufe**

Bis zu zwei Mal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht: Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu den Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, den Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

## **Reinigung der Wohnung (Haushaltshilfe)**

Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

## **Versorgung der Wäsche (Haushaltshilfe)**

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

## **1.3 Reha-Management**

### **1.3.1 Informationsdienstleistungen**

Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen zu den nachfolgend genannten Themenbereichen sowie Kontaktdaten entsprechender Berater:

- Rehabilitationsberater
- Behinderten- und Krankentransport
- Selbsthilfegruppen
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbände und Institutionen
- Soziale Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- Praktische Ärzte in Wohnnähe
- Gartenhilfe, Kinderbetreuung und Nachhilfe
- Reparaturdienste (Kleinarbeiten zu Hause)

### **1.3.2 Medizinische Rehabilitation**

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- bei Bedarf Unterstützung bei Einholung ärztlicher Zweitmeinung/Gutachten

### **1.3.3 Berufliche Rehabilitation**

#### **1.3.3.1 Grundsätzliches zum Anspruch auf berufliche Rehabilitation**

Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt kein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

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

### 1.3.3.2 Leistungsumfang:

Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

- a) der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
- c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern und Schulen nach Analyse vom Personalberater
- d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

### 1.3.4 Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- spezialisierten Kindergärten
- spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

### 1.3.5 Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung



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

**Teil I** Musterbedingungen MB/KK 2009

**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

### **A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag**

**Versicherungsfähigkeit** (zu § 1 Teil I und II)

Versicherungsfähig sind Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

### **B Optionsrecht**

#### **1 Inhalt**

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

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

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

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

#### **2 Risikobeurteilung**

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

#### **3 Zeitpunkte der Inanspruchnahme des Optionsrechts**

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

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

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

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

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

Der Tarif flexSI endet für eine versicherte Person

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

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

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

## **D Beiträge**

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

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

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

## Teil III Tarife EKH und R-EKH Krankenhaustagegeldtarife

EKH

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

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

### A Allgemeine Bestimmungen

**Wartezeiten** (zu § 3 Teil I und II)

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

### B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Krankenhaustagegeld bei stationärer Krankenhaushilfsbehandlung ohne zeitliche Begrenzung

1.1.1 Gemäß der versicherten Leistungsstufe wird das Krankenhaustagegeld für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Das gilt auch bei Entbindungen im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

1.1.2 Bei ärztlicher Einweisung in einen Sanitätsbereich oder eine diesem gleichstehende Einrichtung wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 10 Tagen für jeden folgenden Tag eines solchen Aufenthaltes gezahlt.

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

1.2 Wochenbettpauschale

Werden für den stationären Aufenthalt bei einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim nicht mehr als 3 Tage in Rechnung gestellt, so werden neben dem Krankenhaustagegeld nach 1.1.1 die Kosten der Wochenbettpflege pauschal mit dem 2,5-fachen Satz des versicherten Krankenhaustagegeldes abgegolten.

1.3 Die Tarifbezeichnung wird um die versicherte Leistungsstufe ergänzt (Beispiel: EKH 50).

### C Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EKH

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A und B gelten für den Tarif R-EKH noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähig sind Personen,

- die in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütung) erhalten

- die eine Schulausbildung an weiterführenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben

- die nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Anspruch auf Familienversicherung haben.

Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul-, Studienzeit oder der Anspruch auf Familienversicherung endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

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

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

##### Teil I MB/KT

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaustausch als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

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

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

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

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

##### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

### Teil I MB/KT

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

### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird.
- (2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
- (3) Bei Übertritt aus einem Tarif mit niedrigeren Leistungen bzw. bei Erweiterung des Versicherungsschutzes und/oder bei Wahl kürzerer Karenzzeiten (Umstufungen) finden die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt der im Versicherungsschein genannte Zeitpunkt. Der Versicherer kann die Annahme des Antrages auf Umstufungen von besonderen Bedingungen abhängig machen. Insbesondere kann er zu den Beiträgen einen Risikozuschlag auf den der Mehrleistung entsprechenden Beitragsteil erheben oder die Leistungen für bestehende Krankheiten auf den bisherigen Leistungsumfang beschränken. Auf laufende Versicherungsfälle bezieht sich eine Umstellung, bei der eine Leistungsverbesserung erzielt wird, nicht.
- (4) Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Arbeitsunfähigkeitstage geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Karenzzeit liegen. Dabei rechnet die Karenzzeit auch in diesem Falle ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

## § 3 Wartezeiten

### Teil I MB/KT

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

### Teil I MB/KT

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt

der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

- (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweise der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

## **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

- (1) Abweichend von § 4 (2) Teil I können bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes für Arbeitnehmer solche Krankentagegelder unberücksichtigt bleiben, die zur Abdeckung von Beitragszahlungen zur Krankenversicherung, gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung anfallen.
- (2) Abweichend von § 4 (4) Teil I wird die Leistungsverpflichtung für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall nicht berührt, wenn der Versicherer von seinem Recht auf Herabsetzung des Tagegeldes Gebrauch macht.
- (3)
- a) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.
- b) Entsprechend § 4 (3) Teil I ist bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
- c) 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) im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
- (4a) Dem Versicherungsnehmer wird spätestens alle drei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung der letzten Jahre zu erhöhen. Das versicherbare Krankentagegeld der versicherten Personen darf dabei nicht überschritten werden.
- Die Anpassung (Erhöhung) kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im jeweiligen Anpassungsjahr übersandten Vordruck beantragt werden. Das Antragsformular nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann, und die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, muss der Versicherer den fristgerecht eingehenden Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen; die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrags beim Versicherer folgt.
- (4b) Erhöht sich das Nettoeinkommen aufgrund individueller Einkommenssteigerungen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel des Tarifs). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung.

Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.

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

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und der Leistungsbeginn des neuen Tarifs nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.

Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

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

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

(7) Bei Eintritt von Arbeitslosigkeit sind die weiteren Bestimmungen zum Umfang des Versicherungsschutzes in § 15 Abs. 1 und Abs. 2 Teil II zu beachten.

## **§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**

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

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

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

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

(3) Abweichend von § 5 Abs. 1 d) Teil I besteht bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige. Für diese Leistungszusage gilt eine besondere Wartezeit von acht Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Der Tarif kann eine andere Regelung vorsehen.

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



(5) Abweichend von § 5 Abs. 1 g) Teil I wird im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang auch während einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger gezahlt, wenn und soweit der Versicherer aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

(6) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Abs. 2 Teil I entfällt.

## **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

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

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

- (1) Das Krankentagegeld wird wöchentlich nachschüssig gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.
- (2) Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.
- (3) Kosten für Überweisung von Krankentagegeld werden nicht berechnet.

## **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

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

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a) oder b).

### **Pflichten des Versicherungsnehmers**

## **§ 8 Beitragszahlung**

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

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das

Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

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

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

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

(3) Mahnkosten werden nicht erhoben.

### **§ 8 a Beitragsberechnung**

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

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

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

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

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

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

Für Jugendliche ist von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der niedrigste Erwachsenenbeitrag der versicherten Stufe zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a Abs. 2 Teil I.

Für Versicherte, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter vermerkte Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Eintritts in diesen Tarif.

### **§ 8 b Beitragsanpassung**

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

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

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

(1) Die in § 8 b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

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

## **§ 9 Obliegenheiten**

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

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

### **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit (AU) ist dem Versicherer spätestens bis zu dem Tag zu melden, von dem an das Krankentagegeld gezahlt wird. Eine ärztliche Bescheinigung über die AU mit Angabe aller Krankheiten (vollständige Diagnose) ist beizufügen oder innerhalb von drei Tagen nachzureichen.

Fortdauernde AU ist dem Versicherer 14-tägig nachzuweisen.

## **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

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

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## **§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit**

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

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

## **§ 12 Aufrechnung**

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

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

## **Ende der Versicherung**

## **§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

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

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Kran-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

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

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versi-

cherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
  - c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;
  - d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
  - e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

## **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

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

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

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

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

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

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

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

(3) Wird das Versicherungsverhältnis wegen der Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

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

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

## **Sonstige Bestimmungen**

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

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

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

### **§ 17 Gerichtsstand**

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

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

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

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

### **§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**

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

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

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

**Teil III Tarife ESP-E 8, ESP-E 15, ESP-E 22, ESP-E 29, ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274, ESP-E 365**

**Krankentagegeldtarife für Arbeitnehmer und Selbstständige**

EinkommensSicherungs-  
Programm

**Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:**

- Krankentagegeldzahlung ohne zeitliche Begrenzung ab dem 8., 15., 22., 29., 43., 92., 183., 274. bzw. 365. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
- Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer
- Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige

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

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

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

**Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:**

**A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag**

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Geltungsbereich
- 3 Ende des Versicherungsschutzes
- 3.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
- 3.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr

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

- 1 Karenzzeit und Leistungsdauer
- 2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit
- 3 Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer
- 4 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige
- 5 Höhe der Versicherungsleistung
- 5.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
- 5.2 Anrechnung anderweitiger Leistungen

**C Anpassungsvorschriften**

**Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III**

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

Teil I Musterbedingungen MB/KT 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

**A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag**

**1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)**

Versicherungsfähig sind alle in Deutschland wohnenden Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und einkommensteuerpflichtig sind. Die Tarife ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274 und ESP-E 365 können außerdem von Personen gewählt werden, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

**2 Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)**

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland gemäß § 1 Abs. 7 Teil I wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn und solange die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ein ärztlicher Nachweis der Transportunfähigkeit ist zu erbringen.

Ohne besondere Vereinbarung wird auch bei einem Aufenthalt bis zu sechs Monaten im außereuropäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen

stationären Krankenhausbehandlung Krankentagegeld gezahlt. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

Die Schweiz wird den in § 1 Abs. 8 Teil I genannten Staaten gleichgestellt.

### **3 Ende des Versicherungsschutzes (zu § 15 Teil I und II)**

#### **3.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit**

Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Abs. 1 b) Teil I liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenanspruch wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Abs. 1 b) Teil I noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenanspruch entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist. Sollte es zu einer rückwirkenden Rentenzahlung eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers kommen, besteht für diesen Zeitraum grundsätzlich kein Krankentagegeldanspruch. Auf bereits ausgezahlte Krankentagegeldleistungen hat der Versicherer einen Rückforderungsanspruch.

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

Besteht eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei der IDUNA Vereinigte Lebensversicherung a. G., schließen die dort für Berufsunfähigkeit versicherten Leistungen nahtlos und ohne Verzögerung an die Krankentagegeldzahlungen nach diesem Tarif an, sofern auch hier ein Leistungsanspruch besteht.

#### **3.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr**

Abweichend von § 15 Abs. 1 c) Teil I ist der späteste Beendigungszeitpunkt die Vollendung des 67. Lebensjahres. Die Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus unverändert fortgeführt werden, sofern im Übrigen noch Versicherungsfähigkeit besteht und der Versicherungsnehmer die Fortführung bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 67. Lebensjahres der betroffenen versicherten Person schriftlich verlangt.

Wird die Vertragsfortführung vereinbart, endet die Krankentagegeldversicherung mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Im unmittelbaren Anschluss kann nach Maßgabe des § 196 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) der Versicherungsschutz durch einen neuen Versicherungsvertrag erfolgen, der spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet. Der Antrag ist bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 70. Lebensjahres zu stellen.

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

### **1 Karenzzeit und Leistungsdauer**

Das Krankentagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung und unter Einschluss von Sonn- und Feiertagen nach Ablauf von

- 7 leistungsfreien Tagen (Karenzzeit) im Tarif ESP-E 8,
- 14 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 15,
- 21 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 22,
- 28 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 29,
- 42 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 43,
- 91 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 92,
- 182 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 183,
- 273 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 274,
- 364 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 365

seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit an gezahlt.

### **2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit**

Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit neu.

Tritt jedoch in den Tarifen ESP-E 22, ESP-E 29, ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274 oder ESP-E 365 innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden bereits vorliegende und nachgewiesene Zeiten der Arbeitsunfähigkeit auf die Karenzzeit angerechnet. Hierbei werden die Zeiten innerhalb der letzten zwölf Monate seit Beginn der ersten Arbeits-



unfähigkeit bzw. der ersten nach Ablauf von sechs leistungsfreien Monaten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge berücksichtigt.

Steht die Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang mit einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit, erfolgt keine Anrechnung auf die Karenzzeit.

### **3 Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer**

Findet im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die der Versicherer Krankentagegeldleistungen erbracht hat, eine Wiedereingliederungsmaßnahme statt, zahlt der Versicherer das versicherte Krankentagegeld. Zahlungen des Arbeitgebers werden in voller Höhe auf das Krankentagegeld angerechnet.

Voraussetzung ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist.

### **4 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige (zu § 1 Abs. 3 Teil I)**

Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, gewährt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes.

Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.

### **5 Höhe der Versicherungsleistung**

#### **5.1 Herabsetzung bei Einkommensenkung**

Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil II kann der Versicherer ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, von seinem Recht zur Herabsetzung des Krankentagegeldes nach § 4 Abs. 4 Teil I Gebrauch machen, wenn er Kenntnis vom gesunkenen Einkommen erlangt.

#### **5.2 Anrechnung anderweitiger Leistungen**

Übergangsgeld von der (gesetzlichen) Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsrenten und Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung eines (gesetzlichen oder privaten) Rentenversicherungsträgers sowie Verletztengeld durch die Berufsgenossenschaft werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

## **C Anpassungsvorschriften**

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

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

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

**Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)**

**§ 12 Substitutive Krankenversicherung**

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

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

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

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

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

**§ 12h Notlagentarif**

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

#### **§ 14 Fälligkeit der Geldleistung**

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

#### **§ 19 Anzeigepflicht**

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

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

#### **§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

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

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

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

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

#### **§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie**

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

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

#### **§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie**

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

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

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

### **§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen**

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

### **§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht**

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in eine Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.

#### **§ 195 Versicherungsdauer**

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

#### **§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung**

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

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

#### **§ 18 Bezugsgröße**

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversiche-

rung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

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

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

### § 10 Familienversicherung

(2) Kinder sind versichert

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

### § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

### § 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

### § 31 Arznei- und Verbandmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend.

Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind.

### § 32 Heilmittel

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.

### § 33 Hilfsmittel

(2) Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung

mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.

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

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

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

### **§ 37 Häusliche Krankenpflege**

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

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

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

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

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

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch

außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

### **§ 38 Haushaltshilfe**

- (1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
- (2) Die Satzung soll bestimmen, dass die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.
- (3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte 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. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

### **§ 53 Wahltarife**

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

### **§ 55 Leistungsanspruch**

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

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

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

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



Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

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

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vohundertersatz 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 Einnahmegränze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

#### **§ 56 Festsetzung der Regelversorgungen**

(2) ...

Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten.

...

#### **§ 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern**

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten.

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

#### **§ 60 Fahrkosten**

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

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,

2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

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

### **§ 61 Zuzahlungen**

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

### **§ 108 Zugelassene Krankenhäuser**

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

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

### **§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (bis 31.12.2008 geltende Fassung)**

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

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

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)

### § 35 Regelaltersrente

Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und
2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht

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

### § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

## Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz

### § 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 287 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 490, 696, 893, 1.161 oder 1.427 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

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

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

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

## **Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz**

### **§ 1 Form und Voraussetzungen**

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

## **Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht**

---

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

### **Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung**

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

### **Prinzipien der privaten Krankenversicherung**

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf eines Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.\* Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; anderenfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

---

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

## Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe

Nachstehend erhalten Sie zu Ihrer Information eine Übersicht der mit den verschiedenen Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe kooperierenden Unternehmen. Im Rahmen von Antrags-, Vertrags- und Schadenbearbeitungen sowie der Betreuung durch zuständige Vermittler kann eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an diese Unternehmen erforderlich werden. Der Aufstellung können Sie zusätzlich entnehmen, an welche der Unternehmen ggf. auch Gesundheitsdaten weitergeleitet werden.

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

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

### Übersicht der wichtigsten Partner und von den Versicherungsgesellschaften (siehe \*) beauftragten Dienstleister

#### a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer/ Partner	Hauptgegenstand des Auftrages/ der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	ROLAND Assistance GmbH	Service-Center, telefonischer Kundendienst, Unterstützung bei Pflege-Leistungsfällen und bei stationärer Heilbehandlung	ja
	Schröder Assistance und Consulting GmbH	Service-Center, telefonischer Kundendienst	ja
	BSGV Bochumer Servicegesellschaft für Versicherungen mbH	Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
SIGNAL Krankenversicherung a. G.  Deutscher Ring Krankenversicherung a. G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordinaten, Revisionstätigkeit	ja
	IMB Consult GmbH**, Bochum	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	ja
	MedX GmbH**, Hamburg	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Pro Claims Solutions GmbH	Unterstützung bei BU-Leistungsfällen	ja
	Assisteur AVUS	Unterstützung bei Todesfällen im Ausland	ja
	Swiss Post Solution GmbH**	Unterstützung in der Antrags-/ Vertragsbearbeitung	ja
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG	MD Medicus Assistance Service GmbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH – Auto- und Reise-Assistance	Erbringung med. Assistanceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	HVR Hamburger Vermögensschaden-Haftpflicht Risikomanagement GmbH	Antragsprüfung und Underwriting	nein

\*\* Funktionsübertragung: Diese liegt vor, wenn im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses personenbezogene Daten an einen Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt werden. Die Übermittlung unterbleibt nach Widerspruch des Betroffenen und Prüfung, wenn das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des übermittelnden Versicherungsunternehmens überwiegt.

## b) in Kategorien von Dienstleistern

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrages/der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Konzerninterne Dienstleistungen	Vertrieb, Abschluss, Abwicklung und Verwaltung von Verträgen	ja
	IT-Dienstleistungen / Rechenzentrum / Backup-Rechenzentrum / Online-Anträge und Abschlüsse	Bereitstellung von IT-Kapazitäten, Hard- und Software einschließlich Wartung	ja
	Wirtschaftsauskunftsunternehmen**, Adressermittler	Recherchen, Auskünfte	nein
	Ärzte**, Gutachter**, Dolmetscher **	Med. Untersuchungen, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	ja
	Assisteure**, Reha-Dienste**	Erbringung Assistenzleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein
	Aktenlagerung, Aktenvernichtung	Archivierung und Vernichtung von Akten und Unterlagen	ja
	Telefonischer Kundendienst	Telefonische Entgegennahme von Kundenanliegen	ja
	Markt- und Meinungsforschungsinstitute	Durchführung von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, Kunden- und Außendienstbefragungen	nein
	Inkassounternehmen**	Realisierung von titulierten Forderungen	nein
	Rechtsanwaltskanzleien**	Anwaltliche Dienstleistung in begründeten Einzelfällen, Forderungseinzug	ja
	Detekteien**	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja
	Werkstätten, Handwerksbetriebe, Mietwagenunternehmen	Reparaturen, Sanierungen, Ersatz	nein
Regulierungsbüros	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja	
SIGNAL Krankenversicherung a. G., Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller	Hilfsmittelversorgung, Begutachtungen zur Hilfsmittelversorgung, aktive Kundenunterstützung	ja
	Kliniken	Krankenversorgung, Begutachtungen	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Rückversicherer**	Begutachtungen (von Servicevorlagen), Unterstützungsleistungen	ja
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, ADLER Versicherung AG	Assecuradeure**	Antrags-/Vertragsbearbeitung, Inkasso, Sachschadenregulierung	ja

\* Funktionsübertragung: Diese liegt vor, wenn im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses personenbezogene Daten an einen Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt werden. Die Übermittlung unterbleibt nach Widerspruch des Betroffenen und Prüfung, wenn das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des übermittelnden Versicherungsunternehmens überwiegt.

## Satzung

---

### Allgemeine Bestimmungen

#### § 1 Name, Zweck, Sitz

- (1) Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit.
- (2) Zweck des Vereins ist die Übernahme von Krankenversicherungen jeder Art sowie die Mit- und Rückversicherung gleicher Art im In- und Ausland.
- (3) Der Verein ist befugt, sich an anderen Unternehmungen, deren Gegenstand mit dem Zweck des Vereins in wirtschaftlichem Zusammenhang steht, zu beteiligen. Er ist insbesondere befugt, für andere Versicherungsunternehmen Versicherungsgeschäfte oder solche Geschäfte zu betreiben, die mit der Versicherungstätigkeit in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Weiterhin ist der Verein befugt, in den von ihm nicht betriebenen Versicherungszweigen sowie Bauspar-, Investment- und anderen Geschäften, die mit dem Zweck des Vereins in unmittelbarem Zusammenhang stehen, als Vermittler tätig zu werden.
- (4) Der Verein hat seinen Sitz in Dortmund.
- (5) Der allgemeine Gerichtsstand ist Dortmund.
- (6) Der Verein veröffentlicht seine Bekanntmachungen im elektronischen Bundesanzeiger.

#### § 2 Mitgliedschaft

- (1) Wer mit dem Verein für sich oder zugunsten Dritter einen Versicherungsvertrag abschließt, wird für die Dauer des Versicherungsverhältnisses Mitglied des Vereins.
- (2) Der Verein ist berechtigt, auch Versicherungsverträge gegen feste Beiträge mit der Bestimmung abzuschließen, dass der Versicherungsnehmer nicht Mitglied wird. Auf solche Verträge darf nicht mehr als ein Zehntel der Jahresbeitragsentnahme entfallen.

#### § 3 Beiträge

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im voraus zu erhebende Beiträge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen geregelt sind. Zu Nachschüssen sind die Mitglieder nicht verpflichtet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden.

### Verfassung

#### A. Vorstand

##### § 4 Zusammensetzung

- (1) Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Mitgliedern.
- (2) Zur Vertretung des Vereins bedarf es der Mitwirkung zweier Vorstandsmitglieder oder eines Vorstandsmitgliedes in Gemeinschaft mit einem Prokuristen.

##### § 5 Aufgaben

- (1) Der Vorstand hat nach Maßgabe der Gesetze und der Satzung den Verein unter eigener Verantwortung so zu leiten, wie es das Wohl der Versicherten, des Betriebes und seiner Mitarbeiter erfordert. Der Vorstand ist ermächtigt, Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder mit Zustimmung des Aufsichtsrates einzuführen oder zu ändern.
- (2) Der Vorstand bestellt die Prokuristen und Bevollmächtigten.
- (3) Zur Vertretung Dritten gegenüber sind die Vorstandsmitglieder von der Beschränkung des § 181 BGB befreit.

#### B. Aufsichtsrat

##### § 6 Zusammensetzung, Wahlen, Amtsdauer

- (1) Der Aufsichtsrat besteht aus 15 Mitgliedern.
- (2) Die Amtszeit der Mitglieder des Aufsichtsrates läuft bis zur Beendigung der Mitgliederversammlung, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Hierbei wird das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, nicht mitgerechnet.
- (3) Ergänzungswahlen erfolgen für den Rest der Amtszeit eines ausgeschiedenen Mitgliedes in der nächsten Mitgliederversammlung.
- (4) Die Mitgliedervertretung kann die Bestellung eines von ihr gewählten Aufsichtsratsmitgliedes aus wichtigen Gründen mit Zweidrittelmehrheit widerrufen.
- (5) Ein Mitglied des Aufsichtsrates kann sein Amt jederzeit durch schriftliche Erklärung in der Weise niederlegen, dass es mit Ablauf der nächsten ordentlichen Versammlung der Mitgliedervertretung ausscheidet. Eine fristlose Niederlegung des Aufsichtsratsamtes ist zulässig, wenn ein wichtiger Grund vorliegt oder der Vorsitzende des Aufsichtsrates damit einverstanden ist.



## **§ 7 Geschäftsordnung, Vorsitz, Vergütung**

- (1) Der Aufsichtsrat gibt sich seine Geschäftsordnung selbst; er ist berechtigt, einzelne seiner Geschäfte Ausschüssen zu übertragen.
- (2) Der Aufsichtsrat wählt unverzüglich nach Beginn seiner Amtszeit aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und bis zu vier Stellvertreter.
- (3) Die Mitglieder des Aufsichtsrates erhalten außer dem Ersatz ihrer baren Auslagen eine jährliche Vergütung, deren Höhe die Mitgliedervertretung beschließt.
- (4) Der Aufsichtsrat hat zu seinen Sitzungen und den Sitzungen seiner Ausschüsse die Vorstandsmitglieder einzuladen, sofern nicht deren persönliche Angelegenheiten beraten werden sollen.

## **§ 8 Aufgaben**

Außer den gesetzlich festgelegten Rechten und Pflichten obliegt dem Aufsichtsrat insbesondere:

- a) Bestellung der Mitglieder des Vorstandes und Regelung ihrer Dienstverhältnisse,
- b) Bestimmung eines Abschlussprüfers gemäß § 341k Abs. 2 HGB in Verbindung mit § 318 Abs. 1 HGB,
- c) Bestellung des Treuhänders und seines Stellvertreters gemäß §§ 70 und 71 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
- d) die Bestellung des Verantwortlichen Aktuars gemäß §§ 12 Abs. 2, 11a Abs. 2a VAG,
- e) Zustimmung zu dauernden Vermögensanlagen von besonderer Bedeutung,
- f) Zustimmung zur Übernahme von Versicherungsbeständen anderer Unternehmungen,
- g) Zustimmung zu Einführung und Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder,
- h) Beschlussfassung über Änderungen der Satzung, die nur deren Fassung betreffen oder die von der Aufsichtsbehörde vor Genehmigung des Änderungsbeschlusses verlangt werden.

## **C. Mitgliedervertretung**

### **§ 9 Zusammensetzung, Wahlen**

- (1) Die Mitgliedervertretung ist das oberste Organ des Vereins.
- (2) Die Mitgliedervertretung besteht aus mindestens 28, höchstens 60 Mitgliedervertretern. Die Mitgliedervertretung kann in diesem Rahmen die Zahl der Mitgliedervertreter jederzeit durch Zuwahl erhöhen.
- (3) Als Mitgliedervertreter können nur Vereinsmitglieder gewählt werden. Mitglieder des Aufsichtsrates und des Vorstandes können der Mitgliedervertretung nicht angehören.
- (4) Mitgliedervertreter scheidern aus der Mitgliedervertretung aus, wenn sie die Mitgliedschaft verlieren, das Insolvenzverfahren über ihr Vermögen eröffnet wird oder sie durch rechtskräftiges Urteil die Fähigkeit verlieren, öffentliche Ämter zu bekleiden.
- (5) Erlischt das Amt eines Mitgliederververtreters gemäß Absatz 4, so kann die Mitgliedervertretung einen Nachfolger für den Rest der Amtszeit des Ausgeschiedenen wählen. In allen anderen Fällen bestimmt die Mitgliedervertretung die Amtszeit, die so zu bemessen ist, dass die in Absatz 7 vorgesehene Regelung laufend eingehalten werden kann.
- (6) Wenn die Mitgliedervertretung ihre Auflösung mit Zweidrittelmehrheit beschließt oder mindestens 5000 Mitglieder schriftlich die Auflösung der Mitgliedervertretung fordern, findet eine Neuwahl der Mitgliedervertretung durch alle Mitglieder statt.
- (7) Die ordentliche Amtszeit der Mitgliedervertreter beträgt vier Jahre. Sie beginnt mit Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, auf der die Wahl erfolgt und endet mit Beendigung der vierten, der Wahl folgenden ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung (§ 10 Abs. 1). Die Mitgliedervertretung besteht aus vier Gruppen A, B, C und D mit je 7 bis 15 Mitgliedervertretern. Alljährlich scheidet turnusmäßig eine Gruppe aus; sie wird durch Neuwahl ersetzt.
- (8) Eine Wiederwahl der ausgeschiedenen Mitgliedervertreter ist zulässig. Die gesamte Amtszeit eines Mitgliederververtreters darf insgesamt höchstens zwölf Jahre betragen.
- (9) Bei Neuwahlen oder Ergänzungswahlen muss die regionale Verteilung des Mitgliederbestandes in der Mitgliedervertretung entsprechend berücksichtigt werden.
- (10) (Übergangsvorschrift zu den auf der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung in 2011 beschlossenen Änderungen der Absätze 2, 7 und 8)

Die bestehende Mitgliedervertretung teilt durch Beschluss der in 2012 stattfindenden Mitgliederversammlung die amtierenden Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Regelung des Absatzes 9 auf die nach Absatz 7 Satz 3 einzurichtenden vier Gruppen A, B, C und D auf. Die Amtszeit der auf die vier Gruppen aufgeteilten Mitgliedervertreter endet im Hinblick auf Absatz 7 Satz 4 erstmals

- a) für die der Gruppe A zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2013 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- b) für die der Gruppe B zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2014 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- c) für die der Gruppe C zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2015 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- d) für die der Gruppe D zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2016 stattfindenden Mitgliederversammlung.

Für die nach Ziffer 8 vorzunehmenden Berechnung der Höchstzeit der gesamten Amtszeit eines Mitgliedervertreters ist die bis zur Beendigung der ordentlichen Mitgliederversammlung 2011 zurückgelegte bisherige Amtszeit der amtierenden Mitgliedervertreter nicht zu berücksichtigen.

#### **§ 10 Ort, Einberufung, Vorsitz**

(1) Ordentliche Mitgliederversammlungen finden alljährlich innerhalb der ersten acht Monate des Geschäftsjahres statt. Weitere Mitgliederversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder auf begründeten schriftlichen Antrag von mindestens einem Viertel der Mitgliedervertreter einberufen werden. Die Mitgliederversammlungen finden am Sitz des Vereins bzw. einer Landes- oder Filialdirektion der SIGNAL IDUNA Gruppe statt.

(2) Die Mitgliedervertretung ist unter Bekanntmachung der Tagesordnung einschließlich der Beschlussvorschläge durch den Vorstand mindestens 30 Tage vor dem Tag der Versammlung einzuberufen. Innerhalb von 12 Tagen nach Bekanntmachung der Einberufung sind die Mitgliedervertreter unter Bekanntmachung der Tagesordnung nebst Vorschlägen zur Beschlussfassung zu der Versammlung gesondert einzuladen.

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

(4) Anträge zur Beschlussfassung, die von mindestens 100 Mitgliedern dem Vorstand zugehen, müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Mitgliederversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

#### **§ 11 Beschlussfassung**

(1) Jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitgliedervertreter beschlussfähig.

(2) Kommt bei einer Wahl eine einfache Stimmenmehrheit nicht zustande, so findet eine engere Wahl zwischen den Personen statt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

#### **§ 12 Recht der Minderheit**

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

#### **§ 13 Aufgaben, Vergütung**

(1) Der Mitgliedervertretung obliegt insbesondere:

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

(2) Die Mitgliedervertreter erhalten eine angemessene Entschädigung für den zeitlichen Aufwand in Form einer Vergütung, die von Vorstand und Aufsichtsrat festgesetzt wird. Sie haben daneben bei Teilnahme an Sitzungen Anspruch auf Tage- und Übernachtungsgelder sowie auf Erstattung sonstiger Auslagen, deren Höhe ebenfalls von Vorstand und Aufsichtsrat festgesetzt wird.

### **Rechnungslegung**

#### **§ 14 Geschäftsjahr, Jahresabschluss, Lagebericht**

(1) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(2) Der Vorstand hat den Jahresabschluss und einen Lagebericht für das vergangene Geschäftsjahr aufzustellen und nach Prüfung durch den Abschlussprüfer mit dem Prüfungsbericht sowie einem Vorschlag für die Verteilung des Überschusses dem Aufsichtsrat unverzüglich vorzulegen.

(3) Die ordentliche Mitgliederversammlung beschließt jährlich nach Entgegennahme des vom Aufsichtsrat zu erstattenden Berichtes in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres über die Entlastung des Vorstandes, des Aufsichtsrates und in den im Gesetz vorgesehenen Fällen über die Feststellung des Jahresabschlusses.

#### **§ 15 Geldanlagen, Rückstellungen, Rücklagen**

(1) Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und nach den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.

(2) Der Verein hat versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden, die zur Erfüllung derjenigen Versicherungsverpflichtungen notwendig sind, welche aus den am Bilanzstichtag laufenden Versicherungsverträgen herrühren. Auf die Deckungsrückstellung finden die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften Anwendung.

(3) Soweit die technischen Berechnungsgrundlagen vorsehen, dass Rückstellungen für das mit dem Alter der Versicherten wachsende Krankheitskosten- und Krankengeldwagnis zu bilden sind, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Vereins mit Rücksicht auf das Älterwerden der versicherten Personen für die Zukunft ausgeschlossen.

(4) a) Der Verlustrücklage gemäß § 37 VAG sind mindestens 5 v. H. des Überschusses eines Geschäftsjahres solange zuzuweisen, bis sie 12 1/2 v. H. der durchschnittlichen Jahresbeitragsentnahmen der letzten 3 Jahre beträgt oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht.

b) Außerdem können andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Die Höhe der Zuweisungen wird vom Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates festgelegt.

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

d) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet, die hierauf einen Rechtsanspruch haben. Über die Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt der Vorstand unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, Anordnungen der Aufsichtsbehörde und Technischen Berechnungsgrundlagen. Als Form der Verwendung kann der Vorstand wählen: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung sowie Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für die Verwendung von Mitteln kann z.B. vorausgesetzt werden: Fortbestehen der Mitgliedschaft, bestimmte Dauer der Mitgliedschaft, Mindesthöhe bezahlter Beiträge, Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifen, aus denen Überschüsse herrühren, und Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen während einer bestimmten Zeit.

e) Abweichend von d) dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(5) Ein sich beim Abschluss eines Geschäftsjahres ergebender Jahresfehlbetrag ist zunächst aus der Verlustrücklage zu decken.

### **Änderungen**

#### **§ 16 Satzung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarife mit Tarifbedingungen**

(1) Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen einer Dreiviertelmehrheit der anwesenden Mitgliedervertreter.

(2) Änderungen der Satzung, welche die Versicherungsverhältnisse nicht berühren, gelten für alle Mitglieder.

(3) Änderungen des § 15 Abs. (4) und (5) haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse der Mitglieder. Dasselbe gilt für Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder, soweit dies in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausdrücklich vorgesehen ist.

(4) Änderungen der Satzung werden mit dem Zeitpunkt ihrer Eintragung in das Handelsregister wirksam. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife mit Tarifbedingungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die schriftliche Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird. Etwaige bei Inkrafttreten der Änderungen durch Eintritt eines Versicherungsfalles bereits erworbene und bestehende Ansprüche werden hiervon nicht berührt.

#### **Auflösung**

#### **§ 17**

Für den Fall der Auflösung gelten die gesetzlichen Bestimmungen.



## **SIGNAL IDUNA Gruppe**

Hauptverwaltung Dortmund  
Joseph-Scherer-Straße 3  
44139 Dortmund  
Telefon 0231 135-0  
Fax 0231 135-4638

Hauptverwaltung Hamburg  
Neue Rabenstraße 15-19  
20354 Hamburg  
Telefon 040 4124-0  
Fax 040 4124-2958

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

**Ganz in Ihrer Nähe**