



Das Angebot der neuen
Kranken-Zusatzversicherung –
Ihre Fragen und unsere Antworten



So behalten Sie den Überblick.

Allgemeine Informationen zu allen Produktlinien

1.	Was bedeuten die „pur-Varianten“?	5
2.	Gibt es ein Mindest-/ Höchstaufnahmealter?	5
3.	Welche Tarife bieten ein Optionsrecht?	5
4.	Sind Wartezeiten einzuhalten?	6
5.	Können die Tarife miteinander kombiniert werden?	6
6.	Wer kann in den Produktlinien versichert werden?	6
7.	Welche Verkaufsprospekte stehen zur Verfügung?	6

Die Produktlinie „Ambulant“

8.	Welche Gesundheitsfragen sind in der Produktlinie „Ambulant“ zu beantworten?	8
9.	Werden Kosten für Sehhilfen/LASEK/LASIK getragen?	8
10.	Welche Leistungen werden für Hilfsmittel erstattet?	8
11.	Welche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden erstattet?	9
12.	Welche Naturheilverfahren einschließlich Arzneimittel werden übernommen?	10
13.	Werden auch gesetzliche Zuzahlungen übernommen?	11
14.	Ist eine Auslandsreise-KV enthalten?	12
15.	Was ist vor Einreichung der Rechnungen zu beachten?	12

Die Produktlinie „Zahn“ 13

16.	Welche Gesundheitsfragen müssen beantwortet werden?	14
17.	Wie hoch ist die Erstattung bei Zahnersatz?	14
18.	Wie hoch ist die Erstattung bei Zahnbehandlungen?	15
19.	Wie hoch ist die Erstattung bei Kieferorthopädie?	15
20.	Was gilt bei prophylaktischen zahnärztlichen Maßnahmen?	15
21.	Welche Vorleistungen werden angerechnet?	16
22.	Gelten Erstattungshöchstsätze?	16
23.	Was gilt für fehlende und noch nicht ersetzte Zähne?	16
24.	Welche sonstigen Einschränkungen gibt es bei der Leistungspflicht noch?	16

Die Produktlinie „Klinik“ 17

25.	Müssen Gesundheitsfragen beantwortet werden?	18
26.	Was sind schwere Erkrankungen?	18
27.	Welche Leistungen enthalten Privatarzt und Zweibettzimmer?	19
28.	Welche Leistungen enthalten die freie Krankenhauswahl und Transportkosten?	19
29.	Welche Zuzahlungen werden übernommen?	19
30.	Zahlen wir ein Ersatz-Krankenhaustagegeld?	19
31.	Besteht Versicherungsschutz auch im Ausland?	19
32.	Werden ambulante Operationen gezahlt?	20
33.	Welche Krankenhaus-Assistance-Leistungen werden übernommen, z. B. Rooming-in?	20
34.	Welche besonderen Leistungsausschlüsse bestehen bei KlinikUNFALLpur?	23

Gesetzlich und privat krankenversichert: der beste Schutz vor hohen Zuzahlungen

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten eine solide Basisabsicherung – nicht mehr aber auch nicht weniger.

Die wesentlichen Eckpunkte:

- ✓ Fast alle GKV – Versicherten haben bereits für ihre Gesundheit aus eigener Tasche bezahlt.
- ✓ In den letzten 12 Monaten betrug die Eigenanteile aller GKV-Versicherten allein für die gesetzlichen Zuzahlungen rund 5 Mrd. Euro. Hinzu kommen noch hohe Zuzahlungen für Zahnersatz und alle Leistungen, die gar nicht von der GKV übernommen werden (z.B. IGe-Leistungen, Sehhilfen, Naturheilverfahren und bessere stationäre Versorgung)
- ✓ Durch den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung der SIGNAL Krankenversicherung können sich die GKV – Versicherten vor Zuzahlungen schützen und ihren Leistungsumfang individuell und bedarfsgerecht erhöhen.
- ✓ Versicherte erhalten auch Leistungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht angeboten werden.
- ✓ Da jeder Kunde andere Ansprüche an seine Krankenzusatzversicherung stellt, bieten wir verschiedene Produktlinien mit unterschiedlichen Leistungsstufen an. Somit können Sie Ihre Kunden mit einem individuell abgestimmten Angebot überzeugen, das sinnvoll die Ansprüche und auch den Geldbeutel berücksichtigt.

Die Vorteile der neuen Zusatzversicherung auf einen Blick:

- ✓ Die Tarife sind klar strukturiert mit aufeinander aufbauenden Leistungen.
- ✓ Die Leistungen sind klar definiert, ohne versteckte Einschränkungen.
- ✓ Alle Tarife haben einen sofortigen Versicherungsschutz ohne Wartezeit.
- ✓ Der Kunde ist durch die Wahl zwischen der „pur-“ und „klassischen Variante“ besonders flexibel.
- ✓ Mithilfe der „pur-Varianten“, die ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind, können Sie dem Kunden einen besonders günstigen Einstiegsbeitrag mit altersbedingten Beitragssprüngen bieten.
- ✓ Durch die klar strukturierten Tarife sind die neuen Produktlinien auch für Außendienstpartner mit Schwerpunkten in anderen Sparten verkaufbar.
- ✓ Die Basis-Absicherung bietet sich für die Kunden an, die lediglich die Grundversorgung ohne Gesundheitsfragen abdecken wollen.
- ✓ Für den „Starter“ in die GKV-Zusatzabsicherung bieten wir die START-Reihe als Einstieg mit Optionsmöglichkeiten in höherwertigere Tarife und mit vereinfachter Gesundheitsprüfung an.
- ✓ Dem „Leistungsoptimierer“ stehen die Hochleistungstarife zur Verfügung.



Allgemeine Informationen

zu allen Produktlinien

1. Was bedeuten die „pur-Varianten“?

Die „pur-Varianten“ sind ohne Altersrückstellungen kalkuliert und bieten daher einen besonders günstigen Einstiegsbeitrag. Die Tarife sehen altersbedingte Beitragssprünge vor. Kinder und Jugendliche (Alter 0 bis 19 Jahre) können nur in den „pur-Varianten“ versichert werden, da die Kalkulation der Beiträge ohne Altersrückstellungen erfolgt.

Ein Wechsel von der „pur-Variante“ in die „klassische“ Variante ist ab Vollendung des 20. Lebensjahres möglich; im Regelfall erfolgt ab einem tariflich festgelegten Alter die automatische Umstellung (siehe nebenstehende Tabelle).

2. Gibt es ein Mindest-/ Höchstaufnahmearter?

Das Mindestaufnahmearter in den Tarifen AmbulantPLUS, KlinikSTART, KlinikPLUS, KlinikTOP1, ZahnPLUS und ZahnTOP beträgt monatsgenau 20 Jahre.

Grundsätzlich besteht kein Höchstaufnahmearter. Das Angebot in der Krankenzusatzversicherung wird aber bis zum Alter von 70 Jahren dargestellt, da bis zu diesem Alter die überwiegende Anzahl an Abschlüssen erfolgt.

Ausnahmen und damit Begrenzungen im Höchstaufnahmearter gelten für folgende Tarife	
KlinikSTARTpur KlinikPLUSpur ZahnPLUSpur AmbulantPLUSpur	Bis zu einem Eintrittsalter ¹⁾ von 54 Jahren möglich
KlinikTOP1pur ZahnTOPpur	Bis zu einem Eintrittsalter ¹⁾ von 39 Jahren möglich

¹⁾ Eintrittsalter = aktuelles Kalenderjahr minus Geburtsjahr

	Umstufungen ¹⁾ (altersbedingte Beitragssprünge)						Entfall ²⁾	
	20	35	45	50	55	65	40	55
AmbulantBASISpur	✓	✓	✓		✓	✓		
AmbulantSTARTpur	✓	✓	✓		✓	✓		
AmbulantPLUSpur	✓	✓	✓					✓
KlinikUNFALLpur	✓			✓				
KlinikSTARTpur	✓	✓	✓					✓
KlinikPLUSpur	✓	✓	✓					✓
KlinikTOP1pur	✓	✓					✓	
ZahnBASISpur	✓	✓	✓		✓	✓		
ZahnSTARTpur	✓	✓	✓		✓	✓		
ZahnPLUSpur	✓	✓	✓					✓
ZahnTOPpur	✓	✓					✓	✓

¹⁾ Die planmäßigen Alterssprünge gelten nicht als Beitragsanpassung im Sinne der Bedingungen.

Der Kunde hat jedoch ein außerordentliches Kündigungsrecht innerhalb von 2 Monaten nach Umstufung.

²⁾ Zum genannten Alter erfolgt automatisch die Umstufung in die Variante(n) mit Altersrückstellung (zu Beginn des Kalenderjahres). Ist der Kunde nicht einverstanden, besteht außerordentliches Kündigungsrecht innerhalb von 2 Monaten nach Umstufung.

3. Welche Tarife bieten ein Optionsrecht?

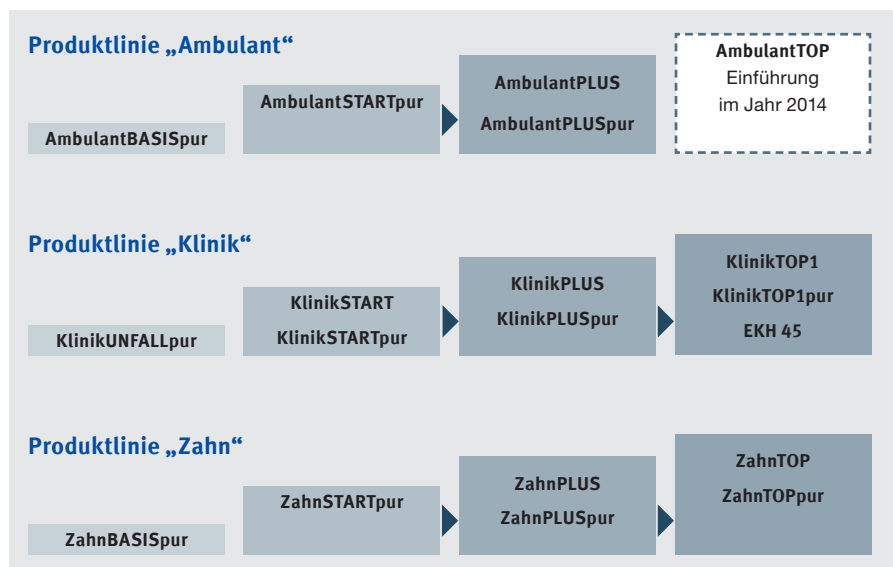
Das flexible Optionsrecht gilt für die Tarife:

- ✓ AmbulantSTARTpur
- ✓ Klinik-Serie (Ausnahme: KlinikUnfallpur)
- ✓ ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnSTARTpur

Die Versicherten sichern sich ab dem 20. Lebensjahr das Recht – ohne erneute Gesundheitsprüfung – nach Ablauf von 60 Monaten und erneut

nach 120 Monaten in einen noch leistungsstärkeren Tarif umzustellen. Gerechnet wird vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (Ausnahme bei Kindern erst ab dem 20. Lebensjahr).

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und dass die versicherte Person bei Vertragsabschluss noch keine 40 Jahre (Eintrittsalter) alt war.



4. Sind Wartezeiten einzuhalten?

Auf Wartezeiten wird in allen Produktlinien generell verzichtet – **sofortiger Versicherungsschutz** ab Versicherungsbeginn. (Ausnahme: Laufende Versicherungsfälle, die vor dem Versicherungsbeginn eingetreten sind.)

5. Können die Tarife miteinander kombiniert werden?

Die Tarife der Produktlinien Ambulant, Zahn und Klinik können solo oder in Verbindung mit weiteren Tarifen abgeschlossen werden.

Pro Person darf jede Produktlinie nur einmal abgeschlossen werden, z.B. ZahnSTARTpur mit AmbulantPLUSpur und KlinikPLUSpur.

Besteht schon bei einer anderen Gesellschaft ein Zahn-, Klinik- oder Ambulant-Tarif, ist ein zusätzlicher Abschluss in der gleichen Leistungsart nicht möglich. Ergänzungsversicherungen zu einer ausländischen Krankenversicherung können nicht abgeschlossen werden (Ausnahme: Grenzgänger).

6. Wer kann in den Produktlinien versichert werden?

Neben der Kern-Zielgruppe der GKV-Versicherten können mit bestimmten Angeboten die folgenden Zielgruppen angesprochen werden:

- Heilfürsorgeberechtigte (Ambulant, Zahn, KlinikUNFALLpur)
- berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten, die GKV-versichert sind
- Beamte (KlinikUNFALLpur)

Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Heilfürsorge, so endet gleichzeitig der jeweilige Tarif. Bitte beachten Sie hierzu die entsprechenden Verkaufshinweise.

7. Die Verkaufsprospekte zur KV-Zusatzversicherung

Hier finden Sie die Gesamtbroschüre zur KV-Zusatz (Formularnummer 17009...). Diese bietet den Interessenten einen Gesamtüberblick über die Lücken im GKV-Schutz in den Bereichen Ambulant, Zahn, Klinik, Pflege und Verdienstaussfall.



Folgende Flyer stehen Ihnen zur Verfügung (mit Antrag und kompletten Kundeninformationen gemäß VVG):

Zahn/Ambulant
(ohne ZahnBASISpur bzw.
AmbulantBASISpur)
Formularnummer 17036...
(Lightflyer 17098...)



KlinikSchutz-Programm
(ohne KlinikUNFALLpur)
Formularnummer 17015...
(Lightflyer 17088...)



BasisSchutz
(nur Lightflyer)
Formularnummer 17095...



Der Prospekt zum BasisSchutz beinhaltet die Tarife ZahnBASIS-pur, AmbulantBASISpur, KlinikUNFALL-pur und PflegeUNFALL. Das Angebot ist gedacht für GKV Versicherte, die nur eine Grundabsicherung wünschen bzw. aufgrund des Gesundheitszustandes für keine höherwertigere Absicherung infrage kommen.

Für Ihr Verkaufsgespräch vor Ort stehen noch folgende Verkaufshilfen für Sie bereit:

- „Basisabsicherung und bessere Versorgung? Es ist Ihre Entscheidung.“ Formularnummer 17622...



- „So vielfältig wie die Wünsche unserer Kunden: das Angebot der Kranken-Zusatzversicherung.“ Formularnummer 17620...



AmbulantSchutz-Programm – Leistungen.

Versicherte Aufwendungen	AmbulantPLUS/ AmbulantPLUSpur ¹⁾	AmbulantSTARTpur ¹⁾	AmbulantBASISpur ¹⁾	Das müssen gesetzlich Krankenversicherte selbst zuzahlen
Auslandsreise-Krankenversicherung (8 Wochen je Reise), inklusive eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransports	Ja			Kosten für ärztliche Behandlungen in Ländern außerhalb der EU bzw. in Ländern ohne Sozialversicherungsabkommen müssen selbst getragen werden. Auch in der EU können hohe Eigenbeteiligungen verbleiben. Auslandsrücktransporte zahlen GKV-Versicherte selbst.
Vorsorgemaßnahmen (inklusive IGeL = individuelle Gesundheitsleistungen) ²⁾	100 % bis 750 € in 2 Kalenderjahren	100 % bis 250 € in 2 Kalenderjahren	100 % bis 125 € in 2 Kalenderjahren	Individuelle Gesundheitsleistungen: Kosten trägt GKV-Versicherter komplett selbst, z. B. für eine umfassende ambulante Vorsorgeuntersuchung, Glaukomfrüherkennung, PSA, Labor-Check, Schilddrüsen- und Schlaganfall-Vorsorge.
Reiseschutzimpfungen inklusive Impfberatung und Impfstoff ²⁾				Kosten für Schutzimpfungen bei privaten Auslandsreisen
Gesetzliche Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, Haushaltshilfen, Heilmittel, Hilfsmittel	100 % bis 250 € je Kalenderjahr		100 % bis 125 € je Kalenderjahr	Zuzahlung Arznei-, Verbandmittel, Haushaltshilfe: 10 % der Kosten (mindestens 5 € und maximal 10 €). Zuzahlung Heilmittel: 10 % der Kosten je Anwendung (für Massagen, Fango, Krankengymnastik etc.) plus 10 € je Verordnung. Zuzahlung Hilfsmittel: 10 % der Kosten für sämtliche Hilfsmittel (mindestens 5 € und maximal 10 €).
Sehhilfe ²⁾	100 % bis 375 € in 2 Kalenderjahren	100 % bis 250 € in 2 Kalenderjahren	Nein	Kosten müssen selbst getragen werden. Ausnahmen: Kinder, Jugendliche und schwer Sehbeeinträchtigte ⁵⁾ .
LASIK/LASEK Augenkorrekturen mit Laserverfahren ^{2) 3)}	Alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 1.000 € für ambulante Kosten	Alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 500 € für ambulante Kosten	Nein	Kosten sind komplett selbst zu tragen.
Hilfsmittelrestkosten offenes Hilfsmittelverzeichnis ²⁾	100 % bis 750 € je Kalenderjahr	100 % bis 250 € je Kalenderjahr	Nein	Die Kosten für bestimmte Hilfsmittel (wie Prothesen, Krankenträume etc.), die über den gesetzlichen Festbetrag hinausgehen, trägt der Versicherte.
Heilpraktiker im Rahmen des GebüH	80 % bis 750 € je Kalenderjahr	80 % bis 250 € je Kalenderjahr	Nein	Die Kosten für die Behandlung durch einen Heilpraktiker sowie naturheilkundliche Behandlung durch Ärzte müssen bis auf wenige Ausnahmen selbst übernommen werden – inklusive der nicht verschreibungspflichtigen, naturheilkundlichen Medikamente und sonstiger OTC-Präparate.
Naturheilkunde von Ärzten bis zum Höchstsatz der GOÄ				
Therapieformen gemäß Hufeland-Leistungsverzeichnis				
Arzneimittel ⁴⁾				
Wartezeiten	Nein			
Gesundheitsprüfung	Vereinfachte Fragen		Nein	
Optionsrecht	Nein	Ab 20. Lebensjahr in Tarif AmbulantPLUS; 60 oder 120 Monate nach Versicherungsbeginn, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat	Nein	
Besonderheit	Automatische Umstellung von der pur-Variante in die Nicht-pur-Variante ab Alter 55; Umstellung in die Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich	Nein		

¹⁾ pur-Variante = Tarife ohne Alterungsrückstellungen mit altersbedingten Beitragssprüngen.

²⁾ Der Betrag der tariflichen Leistung wird zu 100 % erbracht und vermindert sich um eventuelle Vorleistungen der GKV und anderer Leistungsträger.

³⁾ Anspruch nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn, Anspruch besteht zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit für ambulante Kosten.

⁴⁾ Nicht verschreibungspflichtige (OTC-Präparate) und naturheilkundliche (auch nicht wissenschaftlich anerkannte) Arzneimittel

⁵⁾ Schwer Sehbeeinträchtigte: mit Sehhilfe maximale Sehleistung 30 %

8. Welche Gesundheitsfragen sind in der Produktlinie „Ambulant“ zu beantworten?

Die Gesundheitsfragen in nahezu allen neuen Tarifen sind durch eine klare Systematik gekennzeichnet. Vor Ort ist es möglich, zu beurteilen, ob die Versicherung zustande kommt oder nicht.

Im ambulanten Bereich muss lediglich eine Gesundheitsfrage beantwortet werden:

„Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden“:

- Alkohol-/Drogenmissbrauch
- Asthma bronchiale
- Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis uclerosa)
- Depression
- Diabetes mellitus
- Epilepsie
- Herzinfarkt
- Krebserkrankung
- Multiple Sklerose
- Neurodermitis
- Rheumatische Erkrankung
- Schlaganfall?

Wir die Frage mit „ja“ beantwortet, ist eine Annahme nicht möglich.

Für den Abschluss des Tarifs AmbulantBASISpur muss keine Gesundheitsfrage beantwortet werden.

9. Werden Kosten für Sehhilfen/LASEK/LASIK getragen?

Die tariflichen Leistungen für Brillen (Gläser und Gestell) und Kontaktlinsen werden zu 100% erbracht und vermindern sich um evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

- AmbulantBASISpur: keine Leistungen
- AmbulantSTARTpur: 100 % bis 250 € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren
- AmbulantPLUS(pur): 100 % bis 375 € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren

Highlight LASIK/LASEK

LASIK/LASEK ist eine Augenkorrektur mit Laserverfahren. LASIK und LASEK unterscheiden sich durch die Behandlungsmethode. Je nach Grad der Sehschwäche (Kurz- bzw. Weitsichtigkeit) entscheidet der Arzt, welche Methode angewendet werden kann.

Nach dem Ablauf von drei Kalenderjahren nach Tarifbeginn entsteht ein Anspruch auf diese Leistungen.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit.

- ✓ AmbulantBASISpur: keine Leistungen
- ✓ AmbulantSTARTpur: Alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 500 € insgesamt für beide Augen für ambulante Kosten
- ✓ AmbulantPLUS(pur): Alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 1.000 € insgesamt für beide Augen für ambulante Kosten

Hinweise:

Nach einer Leistung für Augenlasern besteht im Jahr der Operation und in den drei darauffolgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

Die Behandlung von LASIK/LASEK kann auch im Ausland stattfinden.

10. Welche Leistungen werden für Hilfsmittel erstattet?

Die Leistungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100% erstattet und vermindern sich um evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung.

- ✓ AmbulantBASISpur: keine Leistungen
- ✓ AmbulantSTARTpur: 100 % bis 250 € je Kalenderjahr
- ✓ AmbulantPLUS(pur): 100 % bis 750 € je Kalenderjahr

Highlight der Tarife:

Es besteht ein offenes Hilfsmittelverzeichnis.

11. Welche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden erstattet?

Es gibt zahlreiche Vorsorgemaßnahmen, die von der GKV nur in einfacher Form oder gar nicht übernommen werden. Diese werden dann von den Ärzten nach der GOÄ als so genannte IGeL-Leistungen abgerechnet.

2 Beispiele für Sie:

- Ultraschall der Brust bzw. der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung wird bei Frauen von der GKV nicht bezahlt, aber aus den ambulanten Tarifen.
- Hautkrebs-Screening: Für GKV-Versicherte werden verdächtige Muttermale mit dem bloßen Auge geprüft, bei der besseren Versorgung (Leistung unserer Ambulant-Tarife) nutzt der Arzt ein spezielles Hautmikroskop, mit dem ein möglicher Hautkrebs gut erkannt werden kann.

Weitere wichtige Hinweise für den Verkauf vor Ort entnehmen Sie bitte auch der Verkaufshilfe „Basisabsicherung und bessere Versorgung? Es ist Ihre Entscheidung. Formularnummer 17622...“.

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen und für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten.

Hinweis: Die tariflichen Leistungen werden zu 100% erbracht und vermindern sich um evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Zu den Vorsorgeuntersuchen zählen z. B.:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z.B. Audiocheck, Schiellvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge.
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie
- Allgemeine Vorsorge wie z.B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test

Highlight:

So einfach ist es im Verkauf. Es werden alle gezielten medizinischen Vorsorgeuntersuchungen bezahlt ohne Einschränkung und ohne Altersgrenzen = offener Vorsorgekatalog. Hierzu gehören auch:

- Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (Abstrich, Test auf HPV-Viren)
- Stuhltest zur Darmkrebsfrüherkennung (M2-PK)
- Sport-Check (Vorsorge-Untersuchung mit Ultraschall, Ruhe- und Belastungs-EKG, Lungentest)
- Ultraschall der Brust zur Krebsfrüherkennung
- Intervall-Check: zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung
- General-Check: umfassende ambulante Vorsorgeuntersuchung (EKG, Ultraschalluntersuchung Organe, Allergie-Test, Laborcheck, Blutdruck...)
- Lungenfunktionsprüfung zur Früherkennung von Erkrankungen der Atemwege
- Labor-Check: z. B. Untersuchung vom kleinen Blutbild, Leber, Niere
- Schilddrüsen-Vorsorge (Blutabnahme)
- weitergehende reisemedizinische Beratung und Impfung

Versicherte Aufwendungen	AmbulantPLUS/ AmbulantPLUSpur	AmbulantSTARTpur	AmbulantBASISpur
Vorsorgemaßnahmen (inklusive IGeL = individuelle Gesundheitsleistungen)	100 % bis 750 € in 2 Kalenderjahren	100 % bis 250 € in 2 Kalenderjahren	100 % bis 125 € in 2 Kalenderjahren
Reiseschutzimpfungen inklusive Impfberatung und Impfstoff			

12. Welche Naturheilverfahren einschließlich Arzneimittel werden übernommen?

a) Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen einschließlich Arzneimittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH),
- von Heilpraktikern oder Ärzten im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführten Therapieformen,
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

zum Hufelandverzeichnis:

Das Hufeland-Verzeichnis ist eine Abrechnungshilfe für naturheilkundlich tätige Ärzte. Es enthält alle naturheilkundlichen Diagnostik- und Therapieverfahren, die theoretisch erklärbar sind und sich in der Praxis bewährt haben. Zu den jeweiligen Behandlungsmethoden werden dabei entsprechende Abrechnungsempfehlungen gemäß der GOÄ gegeben.

Erstattungsfähig sind auch medizinisch nicht anerkannte Heilmethoden. Erstattet werden z. B. ¹⁾:

- **Schmerzakupunktur**
- **Homöopathie:** Ist eine Reiz- und Regulationstherapie. Das homöopathische Mittel setzt im Körper einen Reiz, auf den der Organismus antwortet. Dadurch werden Regulationsmechanismen, die vorher durch eine Krankheit beeinträchtigt waren, beschleunigt und optimiert.

- **Phytotherapie:** Spezielle Therapieeinrichtung zur Heilung, Linderung oder Vorbeugung von Krankheiten durch pflanzliche Arzneimittel. Diese bestehen aus Arzneipflanzen oder Teilen der Pflanzen (z.B. Johanniskraut gegen Depressionen, Früchte, Wurzeln usw.).
- **Neuraltherapie:** Ist eine Behandlungsform, die unter anderem bei Rücken-, Kopfschmerzen angewendet werden kann. Sie hat zum Ziel, gestörte Regelkreise und Körperfunktionen wieder ins Gleichgewicht zu bringen.
- **Eigenbluttherapie:** Sie soll eine Veränderung des Immunsystems in Gang setzen. Der Arzt oder Heilpraktiker entnimmt Blut des Patienten, nach der Behandlung wird es an anderer Stelle in den Körper gespritzt. Die Therapie wird unter anderem bei Immunschwäche, Rheuma, Infektionen, Allergien, Asthma eingesetzt.
- **anthroposophische Medizin:** Ist eine geisteswissenschaftliche Erweiterung der naturwissenschaftlichen Medizin, die den Menschen ganzheitlich betrachtet. Die Medizin sieht die Krankheit als positive Möglichkeit für Körper, Seele und Geist. Wer die Krankheit überwindet, kann neue Kräfte und Fähigkeiten erlangen.
- **Atemtherapie**
- **Chiropraktik:** Durch spezielle Handgrifftechniken werden Gelenke, vor allem im Wirbelsäulenbereich und der Muskulatur behandelt. Die Chiropraktik zählt zu den beliebtesten Behandlungsmethoden bei Rückenschmerzen.

- **osteopathische Behandlung:** Der menschliche Körper ist ständig in Bewegung (Herz, Lunge, Blut ...). Im Idealfall sind alle diese Bewegungen harmonisch miteinander verknüpft. Das Ziel der Osteopathie ist, diese Mobilität und Harmonie zu bewahren bzw. wiederherzustellen. Die Osteopathie behandelt die Ursache einer Bewegungsstörung, nicht das Symptom. Osteopathisch wird nur mit den Händen gearbeitet, nicht mit Medikamenten oder Instrumenten. Therapiefähig sind z.B. chronische Verspannungen und Verletzungen des Skeletts.
- **Schröpftherapie und physikalische Verfahren** (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Die aufgeführten erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Als Heilpraktiker gelten keine Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt. Begründung hierfür: keine ganzheitliche Behandlung möglich (z.B. Heilpraktiker für Psychotherapie / Osteopathie).

Arzneimittel

Erstattungsfähig sind naturheilkundliche Arzneimittel, die zusammen mit den vorgenannten naturheilkundlichen Heilmethoden vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

¹⁾Quelle: Gesundheitsratgeber der SIGNAL IDUNA

b) OTC-Präparate außerhalb der Naturheilkunde

Gemäß § 48 Arzneimittelgesetz können bestimmte Arzneimittel auch ohne ärztliches Rezept vom Patienten erworben werden. Diese Präparate die als nicht verschreibungspflichtig bzw. OTC-Präparat („Over the Counter“) bezeichnet werden, sollen den Patienten in die Lage versetzen, Mittel zur Selbstmedikation zu erwerben, um geringfügige Gesundheitsstörungen und Missbefindlichkeiten zu kurieren. In der GKV werden OTC-Präparate grundsätzlich nicht erstattet.

Die SIGNAL Krankenversicherung zahlt OTC-Präparate, wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in einer Apotheke bezogen werden (z.B. Aspirin, Sinupret, etc.).

Voraussetzung: die Arzneimittel müssen wissenschaftlich anerkannt sein oder sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Die aufgeführten erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern

sich um evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

Versicherte Aufwendungen	AmbulantPLUS/ AmbulantPLUSpur	AmbulantSTARTpur	AmbulantBASISpur
Heilpraktiker im Rahmen des GebÜH	80% bis 750 € je Kalenderjahr	80% bis 250 € je Kalenderjahr	Nein
Naturheilkunde von Ärzten bis zum Höchstsatz der GOÄ			
Therapieformen gemäß Hufeland-Leistungsverzeichnis			
Arzneimittel			

Bitte beachten Sie: Die Leistungsbereiche „Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistung einschließlich Arzneimittel“ und „OTC-Präparate außerhalb der Naturheilkunde“ sind gemeinsam in den vorgenannten Leistungshöchstsätzen (80% bis 250 Euro je Kalenderjahr bzw. 80% bis 750 Euro je Kalenderjahr) enthalten.

13. Werden auch gesetzliche Zuzahlungen übernommen?

Die Produktlinie Ambulant erstattet die nachstehenden gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen.

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (10% der Kosten je Anwendung)

- Hilfsmittel (10% je Mittel; mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro)
- Arznei- und Verbandmittel (10% pro Mittel; mindestens 5 Euro und max. 10 Euro)

- Haushaltshilfen (10% der Kosten; mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro)

Versicherte Aufwendungen	AmbulantPLUS/ AmbulantPLUSpur	AmbulantSTARTpur	AmbulantBASISpur
Gesetzliche Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, Haushaltshilfen, Heilmittel, Hilfsmittel	100% bis 250 € je Kalenderjahr		100% bis 125 € je Kalenderjahr

Als Kostennachweis für die gesetzliche Zuzahlung ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungsbringers vorzulegen.

14. Ist eine Auslandsreise-KV enthalten?

Ja, für alle Reisen bis zu einer Dauer von 8 Wochen. Der Versicherungsschutz gilt für:

- a) eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung
- b) eine im Ausland eingetretene unvorsehbare akute Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung
- c) Unfälle, die nachweislich im Ausland nach dem Tarifbeginn eingetreten sind.

Abgesichert sind die folgenden Leistungen:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland je bis zu 11.000 Euro erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

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

15. Was ist vor Einreichung der Rechnungen zu beachten?

- Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die in den Tarifen genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus den Tarifen für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.
- Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

ZahnSchutz-Programm – Leistungen.

Versicherte Aufwendungen	ZahnTOP/ ZahnTOPpur ¹⁾	ZahnPLUS/ ZahnPLUSpur ¹⁾	ZahnSTARTpur ¹⁾	ZahnBASISpur ¹⁾	Das müssen gesetzlich Krankenversicherte selbst zuzahlen
Standardmäßiger, einfacher Zahnersatz (Regelversorgung)	100 % ¹⁾				Es werden nur noch sogenannte Festzuschüsse gezahlt. 50 % der Kosten (mit Bonusheft 35 %) für eine einfache Standardversorgung sind selbst zu tragen. Für hochwertigen Zahnersatz wird die Eigenbeteiligung deutlich höher (ca 70 %). Für ein Inlay müssen ca. 90 % der Kosten selbst gezahlt werden.
Hochwertiger Zahnersatz inklusive Inlays, Implantate, mit Vergütungsanteilen nach der GOZ	90 % ²⁾	70 % ²⁾	50 % ²⁾		Für bestimmte Behandlungen, z. B. Wurzel- und Parodontose Behandlungen entstehen Eigenanteile.
Zahnbehandlung (z. B. Parodontose-, Wurzelbehandlungen)					Bei Kieferorthopädieleistungen für Kinder und Jugendl. verbleiben hohe Eigenanteile, z. B. für spezielle Versiegelungen. ³⁾
Kieferorthopädie (für Behandlungen, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurden)					
Prophylaxe und Professionelle Zahnreinigung ab Vollendung des 21. Lebensjahres bis zu 150 € Rechnungsbetrag je Kalenderjahr	90 % ²⁾ (135 €)	70 % ²⁾ (105 €)	50 % ²⁾ (75 €)	Nein	Kosten für eine Professionelle Zahnreinigung müssen komplett selbst bezahlt werden.
Maximale Erstattungsbeiträge	1. Kalenderjahr bis zu 1.000 € 2. – 4. Kalenderjahr insgesamt 2.000 €				
	Ab 5. Kalenderjahr unbegrenzt	Ab 5. Kalenderjahr 4.000 €	Ab 5. Kalenderjahr 2.000 €		
Material- und Laborkosten	Gemäß Preis/Leistungsverzeichnis				
Kostenerstattung bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung	Nein				
Wartezeiten	Nein				
Gesundheitsprüfung	Zahnfragen			Nur KFO-Frage für Kinder	
Optionsrecht innerhalb der Zahntarife	Nein	Ab 20. Lebensjahr in ZahnTOP; 60 oder 120 Monate nach Versicherungsbeginn, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat	Ab 20. Lebensjahr in ZahnPLUS/ZahnTOP; 60 oder 120 Monate nach Versicherungsbeginn, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat	Nein	
Fehlende Zähne mitversichert	Ja; je fehlender Zahn 5€ Beitragszuschlag			Nein	
	besonderer Erstattungshöchstsatz je Implantatversorgung innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre begrenzt auf:				
	900 €	700 €	500 €		
Besonderheiten	Automatische Umstellung von der pur-Variante in die Nicht-pur-Variante ab Alter 40; Umstellung in die Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich	Automatische Umstellung von der pur-Variante in die Nicht-pur-Variante ab Alter 55; Umstellung in die Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich	Nein		

¹⁾ pur-Variante = Tarife ohne Alterungsrückstellungen mit altersbedingten Beitragssprüngen

²⁾ Inklusive Vorleistung GKV und anderer Versorgungsträger; zahnärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ

³⁾ Die GKV sieht nicht jede kieferorthopädische Behandlung als notwendig an und übernimmt dann auch keine Regelversorgung. Es gibt eine Aufteilung zur Einstufung der KFO-Behandlung in 5 so genannte kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG).

Bei den Indikationsgruppen 1–2 leistet die GKV generell nicht; SIGNAL IDUNA prüft bei den KIG-Stufen 1–2 den Sachverhalt und leistet immer bei einer medizinischen Notwendigkeit.

16. Welche Gesundheitsfragen müssen beantwortet werden?

Bei Beantragung der Tarife:

- ZahnSTARTpur
- ZahnPLUS, ZahnPLUSpur
- ZahnTOP, ZahnTOPpur

müssen die folgenden vier Gesundheitsfragen beantwortet werden, für Tarif ZahnBASISpur nur die Frage 1.

Frage 1:

Nur für Personen bis zum 21. Lebensjahr zu beantworten:

Besteht eine Zahn und/ oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen oder wird sie durchgeführt?

Frage 2:

Besteht eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose, Parodontitis)?

Frage 3:

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

Frage 4:

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

Falls ja, bitte die Anzahl angeben für:

- fehlende Zähne
- überkronte Zähne, ersetzte Zähne (z.B. überbrückte Zähne, Implantate). Wichtig: 1 überbrückter Zahn = Angabe in der Regel 3 Zähne

Annahme/Ablehnung nach

Beantwortung der Zahnfragen

Bejahung der Frage 1 – Ablehnung.

Bejahung der Frage 2 – Ablehnung.

Bejahung der Frage 3 – Ablehnung.

Bewertung der Frage 4 – ab 121 Punkten Ablehnung (z. B bei 4 fehlenden Zähnen).

17. Wie hoch ist die Erstattung bei Zahnersatz?

Für Zahnersatz zahlt die GKV nur die so genannte Regelversorgung, das heißt nur einfachen Zahnersatz. Es wird ein befundbezogener Festzuschuss übernommen. Selbst bei der einfachen Versorgung bedeutet dies für den GKV-Versicherten eine Eigenbeteiligung von mindestens 35 %.

Wenn der GKV-Versicherte eine bessere Versorgung in Anspruch nimmt, zahlt er zusätzlich die Differenz aus der eigenen Tasche. Die bessere Alternative: Eine private Zusatzabsicherung bei SIGNAL Krankenversicherung!

Die tariflichen Leistungen der Zahn-Tarife

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für:

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays)
- Kosten für implantologische Leistungen einschließlich Knochenaufbau
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden
- Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.
- berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen

Nur Leistungen im Rahmen der Regelversorgung

Werden die genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, dann werden die Kosten zu 100 % (inkl. aller Vorleistungen) erstattet (z.B. Zahnkronen komplett ohne Verblendung = absolute Grundversorgung).

Leistungen mit privatärztlichen Anteilen (gleichartige – und andersartige Versorgung):

Enthalten die genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile (z.B. Vollkeramikkrone, Implantat), sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw.

Punkteschema zur Frage 4:

Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Zähne (ohne Weisheitszähne, Milchzähne, Lückenschluss)

	0	1	2	3	4
0	0	40	80	120	160
1	20	60	100	140	180
2	40	80	120	160	200
3	60	100	140	180	220
4	80	120	160	200	240
5	100	140	180	220	260
6	120	160	200	240	280
7	140	180	220	260	300
8	160	200	240	280	320
9	180	220	260	300	340
10	200	240	280	320	360

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß der tariflichen Leistungen erstattet. Diese entnehmen Sie bitte der Leistungsübersicht ZahnSchutz-Programm. (Es gibt keine Einschränkungen wie bei vielen Wettbewerbern).

Highlight: Für Implantate gibt es keine generelle Begrenzung mehr hinsichtlich der Anzahl je Kiefer oder des Rechnungsbetrages (Ausnahme: fehlende Zähne).

18. Wie hoch ist die Erstattung bei Zahnbehandlungen?

Auch für bestimmte Wurzel- und Parodontose-Behandlungen und für hochwertige Zahnfüllungen entstehen für GKV-Versicherte hohe Zuzahlungen. Bestimmte Parodontalbehandlungen (z.B. bei Taschentiefe < 3,5 mm) werden von der GKV nicht übernommen.

Die tariflichen Leistungen der Zahn-Tarife

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für:

Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Auch Fissurenversiegelungen werden erstattet. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.

Die genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ gemäß der tariflichen Leistungen erstattet. Diese entnehmen Sie bitte der Leistungsübersicht ZahnSchutz-Programm.

19. Wie hoch ist die Erstattung bei Kieferorthopädie?

Die Leistungen der GKV

Die GKV sieht nicht jede kieferorthopädische Behandlung als notwendig an und übernimmt dann auch keine kassenärztliche Versorgung. Es gibt eine Aufteilung zur Einstufung der KFO – Behandlung in 5 so genannte kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG).

- Bei den Indikationsgruppen 1-2 leistet die GKV generell nicht.
- Bei den Indikationsgruppen 3-5 erstattet die GKV für eine KFO-Behandlung:
 - für das 1. Kind 80 % / Eigenanteil 20 %
 - ab dem 2. Kind 90 % / Eigenanteil 10 %

Bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung wird der Eigenanteil an den GKV-Versicherten erstattet.

Durch Zusatzleistungen (außertragliche Leistungen) können auch für von der GKV übernommene Belastungen hohe Mehrkosten entstehen. Diese Mehrkosten entstehen z.B. durch:

- Zusätzliche Maßnahmen zur eigentlichen Umstellung des Kiefers, die dann neben der Regelversorgung nach der GOZ abgerechnet werden
- Spezielle Versiegelungen des Bracketsumfeldes
- Höherwertigere Materialien
- Kosten für den so genannten fest sitzenden „Retainer“ (der nach der eigentlichen KFO-Behandlung dafür sorgt, dass die gerade gerückten Zähne an ihrem Platz bleiben)
- Zusätzliche Kontrolluntersuchungen und -behandlungen.

Die tariflichen Leistungen der Zahn-Tarife

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

Wichtig: Die kieferorthopädische Behandlung wird immer erstattet, wenn die medizinische Notwendigkeit gegeben ist – unabhängig von den Indikationsgruppen. Hierzu nimmt die SIGNAL Krankenversicherung eine eigenständige Prüfung vor, die von der GKV-Einstufung abweichen kann.

Die genannten Aufwendungen für Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu den tariflich vereinbarten Konditionen erstattet. Diese entnehmen Sie bitte der Leistungsübersicht ZahnSchutz-Programm.

20. Was gilt bei prophylaktischen zahnärztlichen Maßnahmen?

Kosten für eine professionelle Zahnreinigung zahlt die GKV grundsätzlich nicht.

Die tariflichen Leistungen der Zahn-Tarife

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für:

Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Nummern 1000-1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durch geführt werden.

Die genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchst-

sätzen der geltenden GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 Euro pro Kalenderjahr zu den tariflich vereinbarten Konditionen erstattet (Ausnahme: Tarif ZahnBASISpur). Diese entnehmen Sie bitte der Leistungsübersicht ZahnSchutz-Programm.

21. Welche Vorleistungen werden angerechnet?

Ein wichtiger Hinweis vorweg:

Das Konzept der Zusatztarife sieht vor, dass den Kunden ein fester Erstattungsprozentsatz zugesagt werden kann (50 %, 70 %, 90 %). Die Leistungen z.B. der GKV werden dabei angerechnet. Einfach für Sie im Kundengespräch: Es werden nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angerechnet. Das heißt: Der Kunde muss seinen GKV Vorsorgebonus nicht erfüllt haben, um seine maximale Leistung aus dem Tarif zu erhalten.

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V.

Die Höhe der Vorleistungen ist auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Erfreulich: Erstattungen aus GKV-Bonusprogrammen zählen nicht zu den GKV-Vorleistungen.

Berechnungsbeispiel für den Tarif ZahnTOP/ZahnTOPpur:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 Euro (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 Euro.

Es gilt: 90 % von 250 Euro = 225 Euro; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 Euro = 175 Euro Erstattungsbetrag.

22. Gelten Erstattungshöchstsätze?

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

Folgende Erstattungshöchstgrenzen gelten:

Versicherte Aufwendungen	ZahnTOP / ZahnTOPpur	ZahnPLUS / ZahnPLUSpur	ZahnSTARTpur	ZahnBASISpur
Summenbegrenzungen (Erstattungsbetrag)	1. Kalenderjahr bis zu 1.000 € 2.-4. Kalenderjahr insgesamt 2.000 € ab 5. Kalenderjahr unbegrenzt	1. Kalenderjahr bis zu 1.000 € 2.-4. Kalenderjahr insgesamt 2.000 € ab 5. Kalenderjahr 4.000 €	1. Kalenderjahr bis zu 1.000 € 2.-4. Kalenderjahr insgesamt 2.000 € ab 5. Kalenderjahr	1.000 € 2.000 € 2.000 €

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

23. Was gilt für fehlende und noch nicht ersetzte Zähne?

Pro fehlendem Zahn zahlt der Versicherte zusätzlich zu seinem tariflichen Beitrag noch einen Zuschlag in Höhe von 5 EUR. Hierdurch sichert er sich den vollen tariflichen Leistungsanspruch. Ausnahme: Bei Implantaten ist die maximale Erstattung in den ersten 4 Kalenderjahren je Implantatversorgung begrenzt. Dabei dürfen die Erstattungshöchstgrenzen natürlich nicht überschritten werden.

Achtung: Es können maximal drei fehlende Zähne gegen Entrichtung des Beitragszuschlages mitversichert werden.

Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z.B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen sowie Materialkosten.

24. Welche sonstigen Einschränkungen gibt es bei der Leistungspflicht noch?

- Nicht erstattungsfähig sind die vorgenannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.
- Nicht erstattungsfähig sind die vorgenannten Aufwendungen, wenn der Heilbehandler nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

KlinikSchutz-Programm – Leistungen.

Versicherte Aufwendungen	KlinikTOP1 KlinikTOP1pur ¹⁾ EKH 45 ³⁾	KlinikPLUS KlinikPLUSpur ¹⁾	KlinikSTART KlinikSTARTpur ¹⁾	KlinikUNFALLpur ¹⁾	Das müssen gesetzlich Krankenversicherte selbst zuzahlen
Leistungsvoraussetzungen: stationärer Krankenhausaufenthalt ...	Immer Privatpatient, auch unabhängig von Unfall oder schweren Erkrankungen	... aufgrund eines Unfalls ... bei bestimmten im Tarif genannten schweren Erkrankungen ... ab Vollendung des 60. Lebensjahres generell	... aufgrund eines Unfalls ... bei bestimmten im Tarif genannten schweren Erkrankungen	... aufgrund eines Unfalls	
Stationäre Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	Ein- oder Zweibettzimmer	Zweibettzimmer			Mehrkosten sind selbst zu zahlen.
Stationäre privatärztliche Behandlung einschließlich vor- und nachstationärer Behandlung	100 % Leistungen auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus	100 % Bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)			Behandlung durch den diensthabenden Arzt. Mehrkosten für eine Wahlarzt- oder Spezialistenbehandlung sind selbst zu tragen.
Mehrkosten, wenn ein anderes Krankenhaus gewählt wird, als in der ärztlichen Einweisung genannt wurde (= Einweisungsklausel)	100 % + zusätzlich Transportkosten bis 250 €				GKV-Versicherte tragen 100 % der Mehrkosten, die entstehen, wenn ein anderes Krankenhaus aufgesucht wird, als in der Einweisung genannt wurde (freie Krankenhauswahl).
Ersatz-Krankentagegeld bei Verzicht auf die oben genannten Kosten	40 € (25 € ohne Privatarzt und freie Krankenhauswahl; 15 € ohne Ein- oder Zweibettzimmer)	40 €			Wahlleistungen sind in der GKV nicht vorgesehen, damit besteht auch keine Flexibilität in der Inanspruchnahme.
Gesetzliche Zuzahlungen – 10 €/Tag für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr)	100 %				Zuzahlung des Versicherten: 10 €/Tag, max. 280 € im Kalenderjahr
Krankenhaus-Assistance ²⁾	Ja				Wird nicht erstattet (Ausnahme Rooming-in bei medizinischer Notwendigkeit)
Erstattungen für ambulante Operationen, die eine stationäre OP ersetzen	100 %	Nein			Mehrkosten für Privatbehandlung sind selbst zu zahlen.
Stationäre Heilbehandlung im Ausland inklusive medizinisch notwendigem Rücktransport	Ja, aufgrund akuter Erkrankungen und bei Unfall			Ja, bei Unfall	GKV-Versicherte tragen 100 % der Kosten für Auslandsrücktransporte sowie Komfortleistungen im Krankenhaus selbst.
Wartezeiten	-				
Gesundheitsprüfung	Ja, normale Fragen		Ja, vereinfacht	Nein	
Optionsrecht	Ja, ab 20. Lebensjahr Wechsel nach 60 oder 120 Monaten in höherwertigen stationären Tarif der aktuellen Verkaufspalette, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat, z. B. von KlinikSTART nach KlinikPLUS/KlinikTOP1			Nein	
Besonderheiten	Automatische Umstellung von der pur-Variante in die Nicht-pur-Variante ab Alter 40; Umstellung in die Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich	Automatische Umstellung von der pur-Variante in die Nicht-pur-Variante ab Alter 55; Widerspruch ist nur bei KlinikSTARTpur möglich. Umstellung in die Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich		Nein	

¹⁾ pur-Variante = Tarife ohne Alterungsrückstellungen mit altersbedingten Beitragssprüngen.

²⁾ Top-Zusatzleistungen wie Rooming-in, Menü-Service, Krankenhausananschlusshilfe, Reha-Management. Details entnehmen Sie bitte dem Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen.

³⁾ mit Tarif EKH 45: Sie haben generell Anspruch auf das Einbettzimmer. Bei Inanspruchnahme eines Zwei- oder Mehrbettzimmers wird ein tägliches Krankentagegeld von 45 Euro gezahlt. Ohne Tarif EKH 45: Sie haben bei Unfällen ebenfalls einen Anspruch auf das Einbettzimmer. Wählen Sie das Einbettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt, der nicht auf einem Unfall beruht, entsteht Ihnen je Tag eine Selbstbeteiligung von 45 Euro.

25. Müssen Gesundheitsfragen beantwortet werden?

- ✓ KlinikUNFALLpur
keine Gesundheitsfragen
- ✓ KlinikPLUS, KlinikPLUSpur, KlinikTOP1 und KlinikTOP1pur
normale Gesundheitsfragen aus dem KV-Voll Antrag (Ausnahme: Zahnfragen)
- ✓ KlinikSTARTpur und KlinikSTART
nur 3 Gesundheitsfragen

Frage 1:

Größe (cm)/Gewicht (kg):Hinweis:
Für die Annahme ist der Body-Mass-Index (BMI) wichtig.

Wichtig zum BMI: Ist der BMI größer als 35 (für Personen ab Eintrittsalter 16 Jahre) bzw. größer als 31 (für Personen ab Eintrittsalter 10 bis 15 Jahre), kann der Antrag nicht angenommen werden. Zur BMI-Berechnung teilen Sie das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Meter. Das Ergebnis teilen Sie nochmals durch die Körpergröße in Meter.

Frage 2:

Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: Alkohol-/Drogenmissbrauch, Alzheimer, Arthritis, Arthrose, Asthma bronchiale, Blutgerinnungsstörung, Darm-erkrankung (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), Demenz, Depression, Diabetes mellitus, Epilepsie, Herzinfarkt, Knochenschwund, Krebserkrankung, Lähmungen, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Muskelschwund, Neurodermitis, psychische Erkrankungen, Rheumatische Erkrankung, Schlaganfall?

Frage 3:

Erfolgten innerhalb der letzten 5 Jahre außerdem Behandlungen oder Untersuchungen wegen einer der nachfolgenden Erkrankungen:

Aneurysma, Arteriosklerose, Herzklappenerkrankungen, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen des Gehirns, Erkrankungen des Nervensystems, bakterielle Meningitis, Enzephalitis, Hirnblutung, Hepatitis, Lebererkrankungen, Lungenerkrankung, Nierenerkrankungen, Nierenversagen, Verlust großer Extremitäten?

26. Was sind schwere Erkrankungen?

Zu den schweren Erkrankungen gehören:

- akuter Herzinfarkt (akut auftretendes lebensbedrohliches Ereignis aufgrund einer Erkrankung des Herzens. Voraussetzung ist eine sofortige stationäre Aufnahme mit intensivmedizinischer Betreuung und Durchführung einer kardiologischen Behandlung). Nicht akut: Herzmuskelschädigungen aufgrund von Arteriosklerose, abgelaufenen Infarkten oder Herzmuskelentzündungen, die in der Folge aber auch einer stationären kardiologischen Diagnostik und Behandlung bedürfen.
- ACVB-Operation (Bypass-Operation/Herzklappenoperation)
- Krebs (bösartige Neubildung) 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 Aortaneurysma (Erweiterung der Aorta)
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern oder Zehen
- bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung)/Enzephalitis (Gehirnentzündung)
- Koma oder Wachkoma

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 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 diese Leistungen spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

Unter diesen Voraussetzungen leisten die Klinik-Tarife:

Versicherte Aufwendungen	KlinikTOP1 KlinikTOP1pur	KlinikPLUS KlinikPLUSpur	KlinikSTART KlinikSTARTpur	KlinikUNFALLpur
Privatpatient im Krankenhaus bei Behandlung	Generell, unabhängig vom Alter oder vom Vorliegen eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung	aufgrund eines Unfalls (erweiterte Unfallleistungen) oder bei bestimmten schweren Erkrankungen und ab dem 60. Lebensjahr unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung	aufgrund eines Unfalls (erweiterte Unfallleistungen) oder bei bestimmten schweren Erkrankungen	aufgrund eines Unfalls

27. Welche Leistungen enthalten Privatarzt und Ein- oder Zweibettzimmer?

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 Vereinbarung ergeben hätten. Besonderheit in den Tarifen KlinikTOP1 und KlinikTOP1pur: Hier leistet die SIGNAL Krankenversicherung ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ. Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

Erstattet werden zu 100% die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer bzw. bei KlinikTOP1 und KlinikTOP1pur plus EKH Einbettzimmer.

28. Welche Leistungen enthalten die freie Krankenhauswahl und Transportkosten?

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

Besonderes zusätzliches Highlight: Krankentransportkosten zum oder vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 Euro je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

29. Welche Zuzahlungen werden übernommen?

Erstattet werden zu 100% die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen in Höhe von 10 € pro Tag für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes.

30. Zahlen wir ein Ersatz-Krankenhaustagegeld?

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung für „Ärztliche Leistungen, Stationäre Unterbringung und Krankenhausauswahl“ beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 Euro.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag. In den Tarifen KlinikTOP1 und KlinikTOP1pur ist das Krankenhaustagegeld gesplittet, und zwar: 25 Euro bei Nichtinanspruchnahme von Privatarzt/Spezialist und der freien Krankenhausauswahl, 15 Euro bei Nichtanspruchnahme des Ein- oder Zweibettzimmers.

31. Besteht Versicherungsschutz auch im Ausland?

Ja. Erstattet werden bei Heilbehandlungen im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder bei den Tarifen KlinikSTARTpur/KlinikSTART, KlinikPLUSpur/KlinikPLUS, KlinikTOP/KlinikTOPpur eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport. Zusätzlich wird geleistet für:

- ✓ die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports
- ✓ die bei Tod der versicherten Person erstattungsfähigen Bestattungs- oder 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 für:

Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

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

Krankentransport zum Krankenhaus

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

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 zu-

mutbarer 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 medizinische 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.

Bestattungskosten, Überführungskosten

Beim Tod werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu einer Höhe von 11.000 Euro erstattet.

32. Werden ambulante Operationen gezahlt?

Für ambulante Operationen leisten die Tarife KlinikTOP1 und KlinikTOP1 pur.

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

- einer ambulanten Operation, die eine stationäre Behandlung ersetzt sowie
- der damit im Zusammenhang stehende Vor- und Nachbehandlung im Krankenhaus.

Von der Erstattungspflicht erfasst sind Operationen, die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind, z. B. Entfernen eines Drahtes nach einem Beckenbruch oder arthroskopische Entfernung kleiner Knochensplitter am Ellenbogen. Der Arzt hat in Kategorie 2 die Wahl zwischen ambulanter und stationärer Behandlung.

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

33. Welche Assistance-Leistungen werden übernommen, z. B. Rooming-in?

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.

Denn wir möchten Ihnen durch unsere einzigartige Krankenhaus-Assistance noch einiges mehr bieten.

Hier ein kleiner Auszug unserer Leistungen:

Während des Krankenhausaufenthalts:

Stellen Sie sich einmal vor, Sie werden aufgrund eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung plötzlich in das Krankenhaus eingeliefert. SIGNAL IDUNA kümmert sich beispielsweise um:

- die Unterstützung bei der Anmeldung im Krankenhaus inkl. Organisation Telefon, Fernsehen
- die Besorgung von Kleidung, Hygieneprodukten, Büchern, Zeitschriften
- die Hotelunterbringung von Angehörigen
- die Organisation der Begleitung des versicherten minderjährigen Kindes durch die Eltern und die Unterbringung (Rooming-In)
- die Schülernachhilfe der Kinder
- den Menüservice, wenn das Essen im Krankenhaus mal nicht schmeckt

Der Vorteil für Sie: Wir organisieren alles Wichtige und zusätzlich erhalten Sie für die genannten Leistungen noch eine Kostenübernahme im Wert bis zu 1.700 Euro je Krankenhausaufenthalt. Hinzu kommen noch Unterstützungen bei der Betreuung von Kindern, pflegebedürftiger Angehöriger und von Haustieren.

Nach dem Krankenhausaufenthalt:

Sie sind noch krank und meist noch nicht richtig fit. Sofern erforderlich, z. B. weil Sie keine Angehörigen haben, die die Hausarbeit übernehmen können, vermittelt und organisiert SIGNAL IDUNA für Sie:

- die Reinigung der Wohnung und die Reinigung der Kleidung jeweils 1 x die Woche
- den Begleitservice, Fahrdienst zu Ärzten, Krankengymnastik, Behörden
- die Essenslieferung
- die Durchführung von Besorgungen, z. B. Einkäufe, Besorgung von Medikamenten, Weg zur Reinigung ...

Für diese Leistungen nach dem Krankenhausaufenthalt übernimmt die SIGNAL IDUNA bis zu 1.000 Euro der Kosten pro Krankenhausaufenthalt.

Zusätzlich steht Ihnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch eine umfassende Unterstützung aus dem Reha-Management zu.

Krankenhaus-Assistance – im Beitrag integriert.

Mit einzigartiger
Krankenhaus-Assistance

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 1x in der Woche
- Versorgung der Wäsche 1x 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)

34. Welche besonderen Leistungsausschlüsse bestehen bei KlinikUNFALLpur?

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle und deren Folgen:

- als Berufssportler
- beruflicher Umgang mit explosiven Stoffen
- bei Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Trunkenheit, Einnahme von Rauschmitteln oder epileptischen Krampfanfällen
- für die eine vorsätzliche Straftat der versicherten Person zumindest mitursächlich ist
- die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person oder Schäden, die durch Strahlen bzw. Kernenergie verursacht werden
- Rennsportrisiko
- Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen (ausgenommen Zeckenbisse) oder geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen (ausgenommen Tollwut und Wundstarrkrampf)
- bei krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen
- Schäden an Bandscheiben
- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Versicherungsschutz besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel).

Highlight:

Der Unfallbegriff des KlinikUNFALLpur wurde an den Unfallbegriff der privaten Unfallversicherung des Tarifwerkes 2011 angepasst. Das heißt: Wird aus der UV geleistet, erstatten auch die Tarife KlinikUNFALLpur, KlinikSTART, KlinikSTARTpur, KlinikPLUS und KlinikPLUSpur aus der Leistungsposition „Unfall“.

Unser Tipp:

Nutzen Sie die UV-BSW! Hier können Sie die UV und KlinikUNFALLpur gemeinsam leicht beantragen.



In 100 Jahren haben wir **viel über Sicherheit** gelernt – von Ihnen.

Schon immer hat sich das Denken und Handeln der SIGNAL IDUNA an den Bedürfnissen der Menschen orientiert.

So können wir Ihnen heute bedarfsgerechte und optimierte Versicherungs- und Finanzdienstleistungen anbieten. Denn auf Basis langjähriger Tradition entwickeln wir unser umfangreiches Produkt-

angebot ständig für Sie weiter. Für erstklassigen Service und partnerschaftliche Beratung – direkt in Ihrer Nähe. Alles zur individuellen und zukunftsorientierten Absicherung unserer Kunden.

Denn eins hat sich in all den Jahren bei der SIGNAL IDUNA nicht geändert: hier arbeiten Menschen für Menschen.

SIGNAL IDUNA Gruppe

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

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

info@signal-iduna.de
www.signal-iduna.de

Ganz in Ihrer Nähe