

Unternehmensgruppe Haag GmbH
Max-Eyth-Straße 15
D - 78194 Immendingen

Telefon 07462 371 328
Telefax 07462 14 08
eMail info@unternehmensgruppe-haag-gmbh.de



GE-AKTIV und GE-AKTIV-PLUS

Die private Ergänzung für gesetzlich Krankenversicherte über 60 Jahre

Attraktive Leistungen schon ab 12,24 EUR monatlich



Jetzt speziell für Personen über 60 Jahre: die private Kranken-Zusatzversicherung

Sie sind über 60 Jahre alt und aktiv. Obwohl Sie fit sind, benötigen Sie eine Sehhilfe, sind schon mal beim Zahnarzt oder benötigen Arzneimittel; vielleicht machen Sie die eine oder andere Urlaubsreise mehr als früher.

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) ärgern Sie sich regelmäßig über hohe Eigenbeteiligungen im Krankheitsfall, z. B. für Zahnersatz bzw. für Brillen und Kontaktlinsen.

Hier ist das passende Angebot für Sie!

Die SIGNAL Krankenversicherung bietet Ihnen ab einem Eintrittsalter von 61 Jahren zwei spezielle Leistungspakete. Ihr gesetzlicher Krankenversicherungsschutz wird ganz gezielt ergänzt.

Mit GE-AKTIV wählen Sie den attraktiven Einstieg und mit GE-AKTIV-PLUS die hochwertige Komfortergänzung Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung.

Die SIGNAL Krankenversicherung ...

- ... leistet für Brillen und Kontaktlinsen – das ist besonders wichtig, denn Ihre Krankenkasse zahlt hierfür nur noch in Ausnahmefällen
- ... beteiligt sich an Ihren Eigenbeteiligungen bei Zahnersatz – damit sind zusammen mit der gesetzlichen Krankenkasse bis zu 95 % Gesamterstattung möglich
- ... übernimmt einen Großteil Ihrer gesetzlichen Zuzahlungen bei Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln sowie im Krankenhaus
- ... zahlt ein Kurtagegeld – hierdurch können Sie beispielsweise Ihre gesetzlichen Zuzahlungen bei Kuraufenthalten reduzieren
- ... leistet bei vorübergehenden Auslandsreisen bis zu 3 Monaten – den Abschluss einer zusätzlichen Auslandsreise-Krankenversicherung können Sie sich künftig sparen

Details zu den Leistungen können Sie der Übersicht „Die Leistungen und Beiträge auf einen Blick“ entnehmen.

Überzeugen Sie sich selbst von dem attraktiven Preis-Leistungs-Verhältnis der Tarife GE-AKTIV und GE-AKTIV-PLUS – es lohnt sich!





Die Leistungen im Überblick

	GE-AKTIV	GE-AKTIV-PLUS
Brillen und Kontaktlinsen immer nach Vorleistung der GKV, immer nach Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien, ansonsten alle 3 Kalenderjahre	• bis zu 165 EUR	• bis zu 165 EUR
Kurtagegeld täglich 10 EUR für 28 Tage innerhalb von 3 Jahren	•	•
Auslandsreise-Krankenversicherung erstattungsfähige Kosten bei akut auftretenden Erkrankungen und Unfällen im Rahmen von vorübergehenden Reisen	• bis 6 Wochen Reisedauer	• bis 3 Monate Reisedauer
einfacher Zahnersatz (Regelversorgung) einfacher Zahnersatz (auch für implantatgetragenen Zahnersatz), sofern Sie hierfür Leistungen von Ihrer Krankenkasse (GKV) erhalten haben. Im Rahmen dieser Regelversorgung erhalten Sie zu den von der GKV gewährten Festzuschüssen (50 % bis 65 % der Regelversorgung) noch einmal 30 %.	• 30%* der Regel- versorgung (ohne Inlays)	• 30%* des erstattungs- fähigen Rech- nungsbetrages bis Höchstsatz GOZ (inklusive Inlays)
höherwertiger Zahnersatz (bis Höchstsatz GOZ) hochwertiger Zahnersatz (auch Zahnkronen, Inlays und Implantate**) im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) – auch über die Regelversorgung hinaus.		
Heilmittel 80 % der gesetzlichen Zuzahlungen	•	• bis zu 550 EUR je Kalenderjahr
Hilfsmittel 80 % der gesetzlichen Zuzahlungen	nein	
Arznei- und Verbandmittel 80 % der gesetzlichen Zuzahlungen	nein	
Krankenhaus gesetzliche Krankenhaus- und Fahrkosten-zuzahlungen, Einweisungsklausel	nein	•
Monatsbeitrag ab 61 Jahre ohne Altersbegrenzung, einheitlicher Beitrag für Frauen und Männer	12,24 EUR (umgerechnet unter 50 Cent täglich)	29,46 EUR (umgerechnet unter 1 EUR täglich)

 = Mehrleistung im Tarif GE-AKTIV-PLUS

* In den ersten vier Versicherungsjahren (Vj.) erhalten Sie Ihre Leistungen maximal aus folgendem Rechnungsbetrag: im ersten Vj. bis 1.000 EUR, im zweiten Vj. bis 1.500 EUR, im dritten Vj. bis 2.000 EUR, im vierten Vj. bis 2.500 EUR. Ab dem fünften Vj. und immer bei unfallbedingtem Zahnersatz gibt es generell keine betragliche Begrenzung.

** Sie erhalten Leistungen für maximal 6 Implantate (einschließlich vorhandener Implantate) pro Kiefer und 1.000 EUR Rechnungsbetrag je Implantat.

Drei Beispiele aus der Praxis, die für sich sprechen

Wie erheblich die Eigenbeteiligungen für gesetzlich Krankenversicherte sind, haben Sie sicher schon selbst erfahren müssen. Drei Beispiele aus der Praxis sollen Ihnen verdeutlichen, wie groß Ihre finanzielle Entlastung durch eine

private Ergänzung bei der SIGNAL Krankenversicherung wirklich ist. Mit GE-AKTIV ist Ihre einfache Regelversorgung und mit GE-AKTIV-PLUS auch Ihre hochwertige Versorgung mit Zahnersatz bestens abgesichert.

1. Beispiel – einfache Versorgung

(Metallbrücke, Nichtedelmetall, Verblendung im Frontzahnbereich)

So viel kostet Ihr Zahnersatz insgesamt	970 EUR
Festzuschuss der Krankenkasse (Festzuschuss nach 10 Jahren regelmäßiger Vorsorge)	560 EUR
So viel müssten Sie selbst zahlen	410 EUR

Mit Ihrer SIGNAL Krankenversicherung erhalten Sie:

• Aus GE-AKTIV (30 % der Regelversorgung) damit bekommen Sie inklusive Festzuschuss	258 EUR 818 EUR
• Aus GE-AKTIV-PLUS (30 % vom Rechnungsbetrag) damit bekommen Sie inklusive Festzuschuss	291 EUR 851 EUR

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

2. Beispiel – höherwertige Versorgung

(Implantat mit Suprakonstruktion)

So viel kostet Ihr Zahnersatz insgesamt	2.840 EUR
Festzuschuss der Krankenkasse (Festzuschuss nach 10 Jahren regelmäßiger Vorsorge)	387 EUR
So viel müssten Sie selbst zahlen	2.453 EUR

Mit Ihrer SIGNAL Krankenversicherung erhalten Sie:

• Aus GE-AKTIV (30 % der Regelversorgung) damit bekommen Sie inklusive Festzuschuss	179 EUR 566 EUR
• Aus GE-AKTIV-PLUS (30 % vom Rechnungsbetrag) damit bekommen Sie inklusive Festzuschuss	852 EUR 1.239 EUR

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

3. Beispiel – Brillen-Rechnung

So viel kostet Ihre Brille (Fassung plus Gläser)	240 EUR
Das zahlt Ihre Krankenkasse	0 EUR
Das müssten Sie selbst zahlen	240 EUR

Mit der SIGNAL Krankenversicherung reduzieren Sie diesen Betrag:

• Aus GE-AKTIV oder GE-AKTIV-PLUS erhalten Sie	165 EUR
---	----------------



Sichern Sie sich folgende Vorteile – je nach Absicherung

- Einfaches und unkompliziertes Antragsverfahren, handeln Sie sofort!
- Günstiger Beitrag von nur 12,24 EUR bzw. 29,46 EUR monatlich, unabhängig von Alter und Geschlecht. Das heißt, für knapp 50 Cent am Tag erhalten Sie die Einstiegsabsicherung und für unter 1 Euro täglich die leistungsstarke Komfortvariante
- Zusätzlich 4 % Nachlass bei jährlicher Zahlungsweise
- Kein Höchsteintrittsalter
- Attraktive Leistungen, z. B. bis zu 95 % Gesamterstattung bei Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung
- Keine spezielle Gesundheitsfrage zu Ihren Zähnen
- Keine weiteren Beitragszuschläge, z. B. für Brillenträger
- Integrierte Auslandsreise-Krankenversicherung für Reisen bis zu 3 Monaten (je nach Tarif)
- Unbürokratische Abwicklung
- Keine Wartezeiten bei Auslandsreise-Schutz und bei unfallbedingtem Zahnersatz
- Zügige Kostenerstattung
- Bundesweite Präsenz vor Ort mit persönlichen Ansprechpartnern
- Persönliche und fachkundige Beratung – Ihr persönlicher Ansprechpartner kommt auch zu Ihnen
- Die SIGNAL Krankenversicherung hat mehr als 100 Jahre Erfahrung in der privaten Krankenversicherung
- Sie sind einem der größten privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert
- Bis heute haben sich bereits mehr als 1,5 Millionen Personen für eine Zusatzversicherung bei der SIGNAL Krankenversicherung entschieden

Wichtig:

Für die Zusatztarife gilt die übliche Wartezeit von 3 Monaten (allgemeine Wartezeit); sie entfällt bei der Auslandsreise-Krankenversicherung und bei Unfällen. Darüber hinaus gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten für Zahnbehandlung, Zahnersatz; diese entfällt bei unfallbedingtem Zahnersatz. Für Versicherungsfälle, die bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Die Tarife GE-AKTIV und GE-AKTIV-PLUS gelten für Personen ab einem Eintrittsalter von 61 Jahren (Eintrittsalter = Kalenderjahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr). In den Beiträgen ist kein Anteil für die Bildung von Alterungsrückstellungen enthalten.

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

1 Um welchen Versicherungsvertrag handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Kranken-Zusatzversicherung zur Erweiterung Ihres Krankenversicherungsschutzes.

2 Was ist versichert?

Je nach von Ihnen gewünschtem Tarif ist versichert:

GE-AKTIV - Ergänzungstarif

Zahnersatz (30 % der Regelversorgung), Brillen oder Kontaktlinsen, Heilmittel, Kurtagegeld, Auslandsreise-Krankenversicherung bis zu sechs Wochen Reisedauer. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.

GE-AKTIV-PLUS - Ergänzungstarif

Zahnersatz (30 % bis Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte), Brillen oder Kontaktlinsen, Heilmittel, Hilfsmittel, Arznei- und Verbandmittel, freie Krankenhauswahl, Übernahme der gesetzlichen Eigenbeteiligung im Krankenhaus, Kurtagegeld, Auslandsreise-Krankenversicherung bis zu drei Monaten Reisedauer. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.

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

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

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

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

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

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

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

Sie können zwischen folgenden Zahlungsweisen wählen:

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

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

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

Bitte beachten Sie, dass die Nichtzahlung von Beiträgen zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Vertrages führen kann. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den §§ 37 bis 39 des VVG.

4 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Für bestimmte Behandlungen besteht keine Leistungspflicht, z. B. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und auf Vorsatz beruhende Unfälle einschließlich deren Folgen. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 Teil I und 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. 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 Versicherungsfalles zu erfüllen und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?

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

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

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

9 Welche Möglichkeiten gibt es, den Vertrag zu beenden?

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

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

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

Kundeninformation zur Krankenversicherung und/oder privaten Pflegepflichtversicherung

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

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

Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers sowie vertretungsberechtigte Personen

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

Handelsregister B 2405, Amtsgericht Dortmund

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

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Kutz

Internet: www.signal-iduna.de

E-Mail: info@signal-iduna.de

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

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

Garantiefonds

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

Vertragsbedingungen

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

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

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

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

Für die private Pflegepflichtversicherung gelten die

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

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

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder im Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif beschrieben.

Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

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

Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken

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

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

Zustandekommen des Vertrages

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

- Bei Stellung eines Antrages:

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

- Bei Stellung einer Angebotsanfrage:

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

Widerrufsrecht

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

Der Widerruf ist zu richten an:

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

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:

- (0231) 1 35 - 46 38

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten:

- info@signal-iduna.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag/der Angebotsanfrage bzw. dem Versicherungsschein. Die Erstattung zurückzahlender 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 ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KK

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

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

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

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

§ 3 Wartezeiten

Teil I MB/KK

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

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

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

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

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I MB/KK

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

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

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

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

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

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

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

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

(4) Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Pflege 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 Ergänzungsstarifen dem Kunden im Versicherungsfall Kostenberatung durch Überprüfung von Kostenvoranschlägen und Rechnungen sowie rechtliche Unterstützung bei gebührenrechtlichen Fragen an.

Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

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

Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I MB/KK

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- 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;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- 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;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- 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;
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

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

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I MB/KK

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KK

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I MB/KK

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

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

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

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

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

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

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

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.
- (2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.
- (3) Abweichend von § 8 Abs. 7 Teil I kann auch die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags zu einer der in § 8 Abs. 6 Teil I genannten Versicherungen unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- (4) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 Teil I ist der Beitrag von dem Tag der Geburt an zu entrichten.
- (5) Antrags- und Nachtragsgebühren sowie Mahnkosten werden nicht erhoben.
- (6) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung
Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:
 - a) Wird Beitragsrückerstattung für einen Tarif ausbezahlt oder gutgeschrieben, so wird sie für die versicherten Personen gewährt, die nach diesem Tarif ein volles Kalenderjahr versichert waren und für die aus dieser Zeit zu diesem Tarif keine Leistungen beansprucht wurden. Dabei sind Umstufungen innerhalb anspruchsberechtigter Tarife nicht BRE-schädlich. Bestanden die

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

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

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I MB/KK

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I MB/KK

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Die in § 8 b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt.
- (2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen 10 %, für die Sterbewahrscheinlichkeiten 5 %.
- (3) Unter den in § 8 b Abs. 1 Teil I genannten Voraussetzungen können auch Beitragszuschläge gemäß § 15 Abs. 3 Teil II angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I MB/KK

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I MB/KK

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I MB/KK

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

§ 12 Aufrechnung

Teil I MB/KK

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I MB/KK

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

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

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

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

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

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

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte 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 Leistungsumfanges erweiternde Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu beantragen. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

(3) In Abweichung zu § 13 Abs. 8 Satz 2 MB/KK kann der Versicherungsnehmer, der bereits vor dem 01.01.2009 eine Krankheitskostenvollversicherung bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. abgeschlossen hat und nach dem 01.01.2009 bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. einen Tarifwechsel in Tarife mit Übertragungswert für die versicherte Person vornimmt, ebenfalls verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31.12.2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I MB/KK

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

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

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

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

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I MB/KK

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

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

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

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Abweichend von § 15 Abs. 3 Teil I verpflichtet sich der Versicherer, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Dieser Beitragszuschlag ergibt sich einheitlich für alle betroffenen Versicherten gemäß einer länderabhängigen Liste des Versicherers. Eine Anpassung des Beitragszuschlags kann gemäß § 8 b Teil I und II erfolgen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I MB/KK

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

§ 17 Gerichtsstand

Teil I MB/KK

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I MB/KK

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I MB/KK

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheits-

kostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I MB/KK

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

Teil III Tarif GE-AKTIV Ergänzungstarif für ambulante und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

GE-AKTIV

Der Tarif GE-AKTIV 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

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

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

1.2 Versicherungsfähig sind Personen ab einem Eintrittsalter von 61 Jahren.

1.3 Abweichend von § 1 (4) Teil I und II endet der Versicherungsschutz nach Abschnitt B 1.5 - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung einer Auslandsreise bzw. nach Ablauf der 6. Woche einer Auslandsreise. Ist eine versicherte Person nachweislich infolge Krankheit oder Unfall zu diesem Zeitpunkt im Ausland transportunfähig, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen für Leistungen nach Abschnitt B 1.5. Die Wartezeiten für Zahnersatz nach B 1.3 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Sehhilfen

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

1.2 Heilmittel

Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für ärztlich verordnete Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen) einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V) werden mit 80 % erstattet. Als Kostennachweis ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

1.3 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz und Zahnkronen, sofern ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Zu den von der GKV gewährten befundorientierten Festzuschüssen für Zahnersatz gem. § 55 SGB V werden 30 % der Beträge für die jeweilige Regelversorgung nach § 57 (1) Satz 6 und (2) Sätze 6 und 7 SGB V erstattet.

Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 300 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 450 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 600 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 750 EUR begrenzt.

Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten vier Versicherungsjahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

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

1.4 Kurtagegeld

Für die Dauer einer Vorsorge- oder Rehabilitationskur wird ein Kurtagegeld von 10 EUR gezahlt, längstens jedoch für 28 Tage innerhalb von drei Jahren. Voraussetzung für diese Leistung ist, dass die Kosten der Kur aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind.

1.5 Heilbehandlung bei Auslandsreisen

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

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

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Auslandsreisen zählen die Kosten für:

1.5.1 Ambulante ärztliche Leistungen

Die Leistungen umfassen insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose und lokaler Betäubung durch Ärzte einschließlich Assistenz, Sachkosten sowie Heilmittel und Wegegebühren.

1.5.2 Medikamente und Verbandmittel

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

1.5.3 Zahnleistungen

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

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie.

1.5.4 Stationäre Behandlung im Krankenhaus

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

1.5.5 Rückführungskosten

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

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

Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung eine stationäre Weiterbehandlung im Inland notwendig ist.

1.5.6 Bestattungskosten - Überführungskosten

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

C Beiträge / Anpassungsvorschriften

Beitragsberechnung (zu § 8 a Teil I und II)

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

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

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

Teil III Tarif GE-AKTIV-PLUS

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

GE-AKTIV-PLUS

Der Tarif GE-AKTIV-PLUS 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

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

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

1.2 Versicherungsfähig sind Personen ab einem Eintrittsalter von 61 Jahren.

1.3 Abweichend von § 1 (4) Teil I und II endet der Versicherungsschutz nach Abschnitt B 1.5 - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung einer Auslandsreise bzw. nach Ablauf des dritten Monats einer Auslandsreise. Ist eine versicherte Person nachweislich infolge Krankheit oder Unfall zu diesem Zeitpunkt im Ausland transportunfähig, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen für Leistungen nach Abschnitt B 1.5.

Die Wartezeiten für Zahnersatz nach B 1.3 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Sehhilfen

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

1.2 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 80 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V)) für: Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V), Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V), Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V).

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

1.3 Zahnersatz

1.3.1 Erstattungsfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 30 % der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

Im Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern Ä 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 30 % erstattet, soweit kein Leistungsanspruch für diese Leistungen gegenüber der GKV besteht.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf max. sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (30 %) = 300 EUR).

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

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

1.3.4 Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 300 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 450 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 600 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 750 EUR begrenzt.

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

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

1.3.5 Heil- und Kostenplan

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

1.4 Kurtagegeld

Für die Dauer einer Vorsorge- oder Rehabilitationskur wird ein Kurtagegeld von 10 EUR gezahlt, längstens jedoch für 28 Tage innerhalb von drei Jahren. Voraussetzung für diese Leistung ist, dass die Kosten der Kur aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind.

1.5 Heilbehandlung bei Auslandsreisen

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

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

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Auslandsreisen zählen die Kosten für:

1.5.1 Ambulante ärztliche Leistungen

Die Leistungen umfassen insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose und lokaler Betäubung durch Ärzte einschließlich Assistenz, Sachkosten sowie Heilmittel und Wegegebühren.

1.5.2 Medikamente und Verbandmittel

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

1.5.3 Zahnleistungen

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

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie.

1.5.4 Stationäre Behandlung im Krankenhaus

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

1.5.5 Rückführungskosten

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

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

Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung eine stationäre Weiterbehandlung im Inland notwendig ist.

1.5.6 Bestattungskosten - Überführungskosten

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

1.6. Krankenhausleistungen

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

Für medizinisch notwendige Heilbehandlungen in Krankenhäusern, die gem. § 108 SGB V für die GKV nicht zugelassen sind bzw. mit denen gem. § 109 SGB V kein Versorgungsvertrag geschlossen wurde, werden Kosten in Höhe von maximal 100 EUR für allgemeine Krankenhausleistungen pro Kalendertag erstattet.

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

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

C Beiträge / Anpassungsvorschriften

Beitragsberechnung (zu § 8 a Teil I und II)

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

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

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

D Sonstige Bestimmungen

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

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

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

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

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

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

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

...

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

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

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

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

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

kenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße (Ost)) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 10 Familienversicherung

(2) Kinder sind versichert

2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind.

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

§ 31 Arznei- und Verbandmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend.

Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind.

§ 32 Heilmittel

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.

§ 33 Hilfsmittel

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

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

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

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

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

§ 37 Häusliche Krankenpflege

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

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

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

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

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

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

§ 38 Haushaltshilfe

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

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

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

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen 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, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

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

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden 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 Krankenhausbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

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

§ 61 Zuzahlungen

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

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

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

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versicherungsvertrag 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 Elftes Buch (SGB XI)

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz

§ 35 Pflegezulage

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

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

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

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der 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.

Zahntechnische Leistungen

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

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

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

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

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils versicherten Tarif.

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

Änderungen sind vorbehalten.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Absatz 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf eines Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.* Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; anderenfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 04.2011

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2 Datenübermittlung an Rückversicherer

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

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

3 Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

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

4 Hinweis- und Informationssystem

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

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

Die Kontaktdaten von informa IRFP GmbH sind:

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

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

Kompositversicherung

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

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

Rechtsschutzversicherung

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

Lebensversicherung

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

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

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

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

5 Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

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

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

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

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

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Unternehmen an:

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

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

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

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

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

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

6 Betreuung durch Versicherungsvermittler/-makler

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

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

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

7 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

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

Satzung

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Name, Zweck, Sitz

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

(2) Zweck des Vereins ist die Übernahme von Krankenversicherun-
gen jeder Art sowie die Mit- und Rückversicherung gleicher Art im
In- und Ausland.

(3) Der Verein ist befugt, sich an anderen Unternehmungen, deren
Gegenstand mit dem Zweck des Vereins in wirtschaftlichem Zusam-
menhang steht, zu beteiligen. Er ist insbesondere befugt, für andere
Versicherungsunternehmen Versicherungsgeschäfte oder solche
Geschäfte zu betreiben, die mit der Versicherungstätigkeit in unmit-
telbarem Zusammenhang stehen. Weiterhin ist der Verein befugt, in
den von ihm nicht betriebenen Versicherungszweigen sowie Bau-
spar-, Investment- und anderen Geschäften, die mit dem Zweck des
Vereins in unmittelbarem Zusammenhang stehen, als Vermittler tätig
zu werden.

(4) Der Verein hat seinen Sitz in Dortmund.

(5) Der allgemeine Gerichtsstand ist Dortmund.

(6) Der Verein veröffentlicht seine Bekanntmachungen in elektroni-
schen Bundesanzeiger.

§ 2 Mitgliedschaft

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

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

§ 3 Beiträge

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im voraus zu erhebende Bei-
träge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Allge-
meinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen
geregelt sind. Zu Nachschüssen sind die Mitglieder nicht verpflich-
tet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden.

Verfassung

A. Vorstand

§ 4 Zusammensetzung

(1) Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Mitgliedern.

(2) Zur Vertretung des Vereins bedarf es der Mitwirkung zweier
Vorstandsmitglieder oder eines Vorstandsmitgliedes in Gemein-
schaft mit einem Prokuristen.

§ 5 Aufgaben

(1) Der Vorstand hat nach Maßgabe der Gesetze und der Satzung
den Verein unter eigener Verantwortung so zu leiten, wie es das
Wohl der Versicherten, des Betriebes und seiner Mitarbeiter erfor-
dert. Der Vorstand ist ermächtigt, Allgemeine Versicherungsbedin-
gungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der
Mitglieder mit Zustimmung des Aufsichtsrates einzuführen oder zu
ändern.

(2) Der Vorstand bestellt die Prokuristen und Bevollmächtigten.

(3) Zur Vertretung Dritten gegenüber sind die Vorstandsmitglieder
von der Beschränkung des § 181 BGB befreit.

B. Aufsichtsrat

§ 6 Zusammensetzung, Wahlen, Amtsdauer

(1) Der Aufsichtsrat besteht aus 15 Mitgliedern.

(2) Die Amtszeit der Mitglieder des Aufsichtsrates läuft bis zur
Beendigung der Mitgliederversammlung, die über die Entla-
stung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit
beschließt. Hierbei wird das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit
beginnt, nicht mitgerechnet.

(3) Ergänzungswahlen erfolgen für den Rest der Amtszeit eines aus-
geschiedenen Mitgliedes in der nächsten Mitgliederversamm-
lung.

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

(5) Ein Mitglied des Aufsichtsrates kann sein Amt jederzeit durch
schriftliche Erklärung in der Weise niederlegen, dass es mit Ablauf
der nächsten ordentlichen Versammlung der Mitgliedervertretung
ausscheidet. Eine fristlose Niederlegung des Aufsichtsratsamtes ist
zulässig, wenn ein wichtiger Grund vorliegt oder der Vorsitzende
des Aufsichtsrates damit einverstanden ist.

§ 7 Geschäftsordnung, Vorsitz, Vergütung

(1) Der Aufsichtsrat gibt sich seine Geschäftsordnung selbst; er ist
berechtigt, einzelne seiner Geschäfte Ausschüssen zu übertragen.

(2) Der Aufsichtsrat wählt unverzüglich nach Beginn seiner Amtszeit
aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und bis zu vier Stellvertreter.

(3) Die Mitglieder des Aufsichtsrates erhalten außer dem Ersatz
ihrer baren Auslagen eine jährliche Vergütung, deren Höhe die Mit-
gliedervertretung beschließt.

(4) Der Aufsichtsrat hat zu seinen Sitzungen und den Sitzungen sei-
ner Ausschüsse die Vorstandsmitglieder einzuladen, sofern nicht
deren persönliche Angelegenheiten beraten werden sollen.

§ 8 Aufgaben

Außer den gesetzlich festgelegten Rechten und Pflichten obliegt dem
Aufsichtsrat insbesondere:

- Bestellung der Mitglieder des Vorstandes und Regelung ihrer
Dienstverhältnisse,
- Bestimmung eines Abschlussprüfers gemäß § 341k Abs. 2 HGB in
Verbindung mit § 318 Abs. 1 HGB,
- Bestellung des Treuhänders und seines Stellvertreters gemäß
§§ 70 und 71 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
- die Bestellung des Verantwortlichen Aktuars gemäß §§ 12 Abs. 2,
11a Abs. 2a VAG,
- Zustimmung zu dauernden Vermögensanlagen von besonderer
Bedeutung,
- Zustimmung zur Übernahme von Versicherungsbeständen ande-
rer Unternehmungen,
- Zustimmung zu Einführung und Änderungen von Allgemeinen Ver-
sicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen für die
Versicherung der Mitglieder,
- Beschlussfassung über Änderungen der Satzung, die nur deren
Fassung betreffen oder die von der Aufsichtsbehörde vor Geneh-
migung des Änderungsbeschlusses verlangt werden.

C. Mitgliedervertretung

§ 9 Zusammensetzung, Wahlen

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

(2) Die Mitgliedervertretung besteht aus mindestens 28, höchstens
60 Mitgliedervertretern. Die Mitgliedervertretung kann in diesem
Rahmen die Zahl der Mitgliedervertreter jederzeit durch Zuwahl
erhöhen.

(3) Als Mitgliedervertreter können nur Vereinsmitglieder gewählt
werden. Mitglieder des Aufsichtsrates und des Vorstandes können
der Mitgliedervertretung nicht angehören.

(4) Mitgliedervertreter scheiden aus der Mitgliedervertretung aus,
wenn sie die Mitgliedschaft verlieren, das Insolvenzverfahren über
ihr Vermögen eröffnet wird oder sie durch rechtskräftiges Urteil die
Fähigkeit verlieren, öffentliche Ämter zu bekleiden.

(5) Erlischt das Amt eines 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 Zweidrittel-
mehrheit 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 Mitgliedervertreterversamm-
lung, 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 Mitgliederververtretung entsprechend berücksichtigt werden.

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

Die bestehende Mitgliederververtretung teilt durch Beschluss der in 2012 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung die amtierenden Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Regelung des Absatzes 9 auf die nach Absatz 7 Satz 3 einzurichtenden vier Gruppen A, B, C und D auf. Die Amtszeit der auf die vier Gruppen aufgeteilten Mitgliedervertreter endet im Hinblick auf Absatz 7 Satz 4 erstmals

- a) für die der Gruppe A zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2013 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
- b) für die der Gruppe B zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2014 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
- c) für die der Gruppe C zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2015 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
- d) für die der Gruppe D zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2016 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung.

Für die nach Ziffer 8 vorzunehmenden Berechnung der Höchstzeit der gesamten Amtszeit eines Mitgliederververtreters ist die bis zur Beendigung der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung 2011 zurückgelegte bisherige Amtszeit der amtierenden Mitgliedervertreter nicht zu berücksichtigen.

§ 10 Ort, Einberufung, Vorsitz

(1) Ordentliche Mitgliedervertreterversammlungen finden alljährlich innerhalb der ersten acht Monate des Geschäftsjahres statt. Weitere Mitgliedervertreterversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder auf begründeten schriftlichen Antrag von mindestens einem Viertel der Mitgliedervertreter einberufen werden. Die Mitgliedervertreterversammlungen finden am Sitz des Vereins bzw. einer Landes- oder Filialdirektion der SIGNAL IDUNA Gruppe statt.

(2) Die Mitgliederververtretung ist unter Bekanntmachung der Tagesordnung einschließlich der Beschlussvorschläge durch den Vorstand mindestens 30 Tage vor dem Tag der Versammlung einzuberufen. Innerhalb von 12 Tagen nach Bekanntmachung der Einberufung sind die Mitgliedervertreter unter Bekanntmachung der Tagesordnung nebst Vorschlägen zur Beschlussfassung zu der Versammlung gesondert einzuladen.

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

(4) Anträge zur Beschlussfassung, die von mindestens 100 Mitgliedern dem Vorstand zugehen, müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Mitgliedervertreterversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

§ 11 Beschlussfassung

(1) Jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliedervertreterversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitgliedervertreter beschlussfähig.

(2) Kommt bei einer Wahl eine einfache Stimmenmehrheit nicht zustande, so findet eine engere Wahl zwischen den Personen statt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

§ 12 Recht der Minderheit

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

§ 13 Aufgaben, Vergütung

(1) Der Mitgliederververtretung obliegt insbesondere:

- a) Entgegennahme des Jahresabschlusses, des Lageberichtes und des Berichtes des Aufsichtsrates,

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

(2) Die Mitgliedervertreter erhalten eine angemessene Entschädigung für den zeitlichen Aufwand in Form einer Vergütung, die von Vorstand und Aufsichtsrat festgesetzt wird. Sie haben daneben bei Teilnahme an Sitzungen Anspruch auf Tage- und Übernachtungsgelder sowie auf Erstattung sonstiger Auslagen, deren Höhe ebenfalls von Vorstand und Aufsichtsrat festgesetzt wird.

Rechnungslegung

§ 14 Geschäftsjahr, Jahresabschluss, Lagebericht

(1) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(2) Der Vorstand hat den Jahresabschluss und einen Lagebericht für das vergangene Geschäftsjahr aufzustellen und nach Prüfung durch den Abschlussprüfer mit dem Prüfungsbericht sowie einem Vorschlag für die Verteilung des Überschusses dem Aufsichtsrat unverzüglich vorzulegen.

(3) Die ordentliche Mitgliedervertreterversammlung beschließt jährlich nach Entgegennahme des vom Aufsichtsrat zu erstattenden Berichtes in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres über die Entlastung des Vorstandes, des Aufsichtsrates und in den im Gesetz vorgesehenen Fällen über die Feststellung des Jahresabschlusses.

§ 15 Geldanlagen, Rückstellungen, Rücklagen

(1) Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und nach den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.

(2) Der Verein hat versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden, die zur Erfüllung derjenigen Versicherungsverpflichtungen notwendig sind, welche aus den am Bilanzstichtag laufenden Versicherungsverträgen herrühren. Auf die Deckungsrückstellung finden die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften Anwendung.

(3) Soweit die technischen Berechnungsgrundlagen vorsehen, dass Rückstellungen für das mit dem Alter der Versicherten wachsende Krankheitskosten- und Krankengeldwagnis zu bilden sind, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Vereins mit Rücksicht auf das Älterwerden der versicherten Personen für die Zukunft ausgeschlossen.

(4) a) Der Verlustrücklage gemäß § 37 VAG sind mindestens 5 v. H. des Überschusses eines Geschäftsjahres solange zuzuweisen, bis sie 12 1/2 v. H. der durchschnittlichen Jahresbeitragseinnahmen der letzten 3 Jahre beträgt oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht.

b) Außerdem können andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Die Höhe der Zuweisungen wird vom Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates festgelegt.

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

d) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt die Mitgliederververtretung. Als Form der Verwendung kann sie wählen: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

e) Abweichend von d) dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(5) Ein sich beim Abschluss eines Geschäftsjahres ergebender Jahresfehlbetrag ist zunächst aus der Verlustrücklage zu decken.

Änderungen

§ 16 Satzung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarife mit Tarifbedingungen

(1) Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen einer Dreiviertelmehrheit der anwesenden Mitgliedervertreter.

(2) Änderungen der Satzung, welche die Versicherungsverhältnisse nicht berühren, gelten für alle Mitglieder.

(3) Änderungen des § 15 Abs. (4) und (5) haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse der Mitglieder. Dasselbe gilt für Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder, soweit dies in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausdrücklich vorgesehen ist.

(4) Änderungen der Satzung werden mit dem Zeitpunkt ihrer Eintragung in das Handelsregister wirksam. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife mit Tarifbedingungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die schriftliche Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird. Etwaige bei Inkrafttreten der Änderungen durch Eintritt eines Versicherungsfalls bereits erworbene und bestehende Ansprüche werden hiervon nicht berührt.

Auflösung

§ 17

Für den Fall der Auflösung gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

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

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

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

Immer für Sie da:

Unternehmensgruppe Haag GmbH
Max-Eyth-Straße 15
D - 78194 Immendingen

Telefon 07462 371 328
Telefax 07462 14 08
eMail info@unternehmensgruppe-haag-gmbh.de

SIGNAL IDUNA



Gut zu wissen, dass es SIGNAL IDUNA gibt.