

Teil III Tarife EXKLUSIV-B und R-EXKLUSIV-B Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

EXKLUSIV-B
Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- 100 % Arzneimittel- und Verbandmittelerstattung
- 100 % Hilfsmittel
- 100 % Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR
- 100 % Heilmittelerstattung
- 100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr
- 100 % Ambulante Kurleistungen

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 100 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
- 100 % Kieferorthopädie

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten
- 3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

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

- 1 Ambulante Heilbehandlung
 - 1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.2 Schutzimpfungen
 - 1.3 Vorsorgeuntersuchungen
 - 1.4 Arznei- und Verbandmittel
 - 1.5 Hilfsmittel
 - 1.6 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
 - 1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
 - 1.8 Ambulante Transportkosten
 - 1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
 - 1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
 - 1.11 Häusliche Behandlungspflege
 - 1.12 Ambulante Operationen
 - 1.13 Ambulante Kurleistungen
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnprophylaxe
 - 2.2 Zahnbehandlung
 - 2.3 Kieferorthopädie
 - 2.4 Zahnersatz
 - 2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
 - 2.6 Heil- und Kostenplan

- 3 Stationäre Heilbehandlung
 - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
 - 3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
 - 3.3 Begleitperson bei Kindern
 - 3.4 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Hauspflegekraft

- 4 Sonstiges
 - 4.1 Krankentransport aus dem Ausland
 - 4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
 - 4.3 Entziehungsmaßnahmen

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Alterungsrückstellung
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Information über die Ausübung der Option
- 5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

- 1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
- 2 Beitragsanpassung
- 3 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
- 3 Fortführung der Versicherung
- 4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
- 5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20V/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15, 20/15 und R-EXKLUSIV-B mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15, 20/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen für die Leistungen gemäß Abschnitt B:

EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B (nicht als 20V)									
Tarifstufe	100	50	45	40	35	30	25	20V	20
Erstattungsprozentsatz	100	50	45	40	35	30	25	20	20

EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B							
Tarifstufe	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15
Erstattungsprozentsatz gemäß Abschnitt B 1 und B 2 sowie ambulant erbrachte Leistungen nach B 4.3	50	45	40	35	30	25	20
Erstattungsprozentsatz gemäß Abschnitt B 3, B 4.1 und B 4.2 sowie ambulant erbrachte Leistungen nach B 4.3 sowie stationär erbrachte Leistungen nach B 4.3	35	30	25	20	15	15	15

Berechnungsbeispiel:

Versichert: Tarifstufe EXKLUSIV-B 50

Eingereicht: Heilmittelrechnung über 250,- EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag.

Es gilt: 100 % von 250,- EUR = 250,- EUR,
davon 50 % = 125,- EUR Erstattungsbetrag.

Wird die ambulante Operationspauschale gemäß Abschnitt B 1.12 beansprucht, dann werden von der Pauschale über 200 EUR aufgrund der Tarifstufe 50 % = 100 EUR zur Verfügung gestellt.

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

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchst-sätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direktem Zusammenhang mit einer ärztlichen Leistung erbracht werden, Leistungen der Hebammen und des Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen

Berücksichtigungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II, sofern die entsprechenden Rechnungen der Ärzte und die Rezepte für den Impfstoff zusammen mit dem Vorblatt für Vorsorgeuntersuchungen eingereicht werden.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Berücksichtigungsfähig sind zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie z. B. in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet.

Untersuchungen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II, sofern die im Anhang genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-

Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur

Für die Kosten von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehkraft von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehkraft um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-B entsteht ein Anspruch auf Erstattung für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK). Der bedingungsgemäße Leistungsprozentsatz beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages der Aufwendungen bis zu 2.000 EUR insgesamt für beide Augen.

Die Frist von 3 Kalenderjahren bezieht sich dabei jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-B; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden für den Ablauf der jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt.

Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauffolgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

1.6 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind zu 100 % des berücksichtigungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wäre.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien: Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ berücksichtigt.

Ferner sind erstattungsfähig die Kosten der Schwangeren für Schwangerschaftsgymnastik bzw. nach der Geburt für Rückbildungsgymnastik.

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattet werden die Kosten z. B. für Saunabäder, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z. B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

1.8 Ambulante Transportkosten

Berücksichtigungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlen-

therapie zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen

Zu berücksichtigen sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen, zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erforderlich.

1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt B 1.4 ausgeschlossenen Mittel) mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr.

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.

1.11 Häusliche Behandlungspflege

Berücksichtigt werden die Kosten der häuslichen Behandlungspflege bis zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

1.12 Ambulante Operationen

Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation bzw. einem stationärsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, werden aus dem Tarif EXKLUSIV-B oder R-EXKLUSIV-B 200 EUR je Operation bzw. Eingriff zur Verfügung gestellt. Die Zahlung erfolgt zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1. Der Betrag vermindert sich in Abhängigkeit zur versicherten Tarifstufe (siehe Abschnitt A 3).

1.13 Ambulante Kurleistungen

Bei Aufenthalt in Kurorten sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren (Maßnahmen wie Anschlussrehabilitationen, die der Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung dienen) bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen sind die Kosten für ambulante Heilbehandlungen einschließlich Arznei- und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 und Heilmittel gemäß Abschnitt B 1.7 berücksichtigungsfähig.

Voraussetzung für die Erbringung der Leistungen ist die Vorlage einer Bescheinigung des Hausarztes über die medizinische Notwendigkeit der Kur und des Abschlussberichtes des Kurarztes.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Kurtaxe, Unterbringung, Verpflegung und Fahrtkosten.

2 Zahnärztliche Behandlung

Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnprophylaxe

Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Berücksichtigungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II, sofern die im Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

2.2 Zahnbehandlung

Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

2.3 Kieferorthopädie

Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Kieferorthopädie wird als maximal berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

Berücksichtigungsfähig sind 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Reparaturen, Kosten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnersatz wird als maximal berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

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

2.6 Heil- und Kostenplan

Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt die SIGNAL Krankenversicherung a. G..

3 Stationäre Heilbehandlung

Berücksichtigt werden im Rahmen der stationären Heilbehandlung die nachfolgend gemäß Abschnitt B 3.1 und B 3.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze und Leistungen gemäß Abschnitt B 3.3 und B 3.4.

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BpflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte (nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln) im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

3.3 Begleitperson bei Kindern

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif EXKLUSIV-B, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 40 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL Krankenversicherung a. G. versichert ist.

3.4 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif EXKLUSIV-B, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von sechs Wochen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf max. 80 EUR pro Tag.

Voraussetzungen sind:

- bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die hausaltsführende Person und
- die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und
- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht. Diese Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um

- ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
- eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
- eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht handelt.

4 Sonstige Leistungen

4.1 Krankentransport aus dem Ausland

Die Kosten eines Krankentransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

4.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Die Kosten einer Überführung oder Bestattung im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind nicht erstattungsfähig.

4.3 Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit die SIGNAL Krankenversicherung a. G. diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

a) Zeitpunktbezogene Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif EXKLUSIV-B, hierzu zählt auch der Beginn einer Anwartschaftsversicherung, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif EXKLUSIV-B ohne Gesundheitsprüfung in die zum Zeitpunkt der Umstellung angebotenen Beihilfetarife der aktiven Produktpalette (ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung inkl. Wahlleistungen) umzustellen. Wird das Optionsrecht wahrgenommen, während der Tarif in Anwartschaft geführt wird, kann auch in eine Anwartschaft des gewünschten Zieltarifs umgestellt werden.

b) Ereignisbezogene Option

Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person ebenfalls zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit.

Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst, vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.

Zur Wahrnehmung des Optionsrechts ist der Erklärung gemäß Abschnitt C 4 dieser Bedingungen eine schriftliche Bestätigung des Dienstherrn über den Laufbahnwechsel (Dienstherrnbescheid) in Kopie beizufügen.

2 Alterungsrückstellung

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

3 Gesundheitsprüfung

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

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der gemäß Abschnitt C 1 a) genannten Optionstermine von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz nur mit dem gemäß Abschnitt C 1 b) genannten ereignisbezogenen Optionsrecht weitergeführt.

Soweit eine Umstellung aufgrund eines der gemäß Abschnitt C 1 b) genannten Ereignisses erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 a) entsprechend verlängern.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1 a) oder b) dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer

innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

3 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)

Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen passt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. unter den Voraussetzungen gemäß § 18 Teil I das "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse an. Diese Anpassung erfolgt spätestens zum 01.01. des nach Bekanntmachung der Änderung der Gesundheitsrichtlinien im Bundesanzeiger folgenden Jahres.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

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

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

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarilstufe R-EXKLUSIV-B 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarilstufe R-EXKLUSIV-B weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung

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

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)EXKLUSIV-B-W, (R-)EXKLUSIV-B-E (1) oder (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

GebÜH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch - Viertes Buch -
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch -
Gesetzliche Krankenversicherung

SGB VI: Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch -
Gesetzliche Rentenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch -
Gesetzliche Pflegeversicherung

BPFIV: Bundespflegegesetzverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III

Tarife EXKLUSIV-B und R-EXKLUSIV-B

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A

Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.12)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 4.1)

B

Begleitperson (B 3.3 und B 3.4)
Behandlungspflege (B 1.11)
Bestattungskosten (B 4.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.5)

C/D/E

Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Ergotherapie (B 1.7)

F

Fahrtkosten (B 3.2)

G

Gnathologie (B 2.4.1)

H

Häusliche Behandlungspflege (B 1.11)
Haushaltspflegekraft (B 3.4)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.6)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J

Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (B 2.4.1)

K

Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.5)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankentransportkosten (B 3.2)

Kurleistungen (B 1.13)

L

Laseroperation/LASIK (B 1.5)
Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N

Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Medikamente (B 1.4)

O

Optionsrecht (C)

P/Q

Psychotherapie (B 1.9)

R

Regelleistungen (B 3.1)

S

Sanatorium (B 1.13)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Sehhilfen (B 1.5)
Sehschärfenkorrektur (B 1.5)
Sehstärke (B 1.5)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T

Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U

Überführungskosten (B 4.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V

Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y

Wartezeiten (A)

Z

Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)