

**Teil III Tarife EXKLUSIV-B-E1 und R-EXKLUSIV-B-E1 Ergänzungstarife
für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte**

EXKLUSIV-B-E1

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung

- 100 % Sehhilfen
- 100 % Hilfsmittelrestkosten
- 100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr
- 100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 100 % Zahnersatz

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland

- 100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

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 Sehhilfen
 - 1.2 Hilfsmittel
 - 1.3 Behandlung durch Heilpraktiker
 - 1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
 - 1.5 Kurtagegeld
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnbehandlung
 - 2.2 Zahnersatz und zahntechnische Leistungen
 - 2.3 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
- 3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften

- 1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
- 2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

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

E Sonstige Bestimmungen



Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 und R-EXKLUSIV-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 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 Versicherungsfähig sind Personensatz, deren Beihilfeverordnung bei Zahnersatz eine Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten von mindestens 50 Prozent vorsieht. Entfällt die Versicherungsfähigkeit (Änderung der Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten auf weniger als 50 Prozent), so ist, auch bei verspäteter Anzeige, ab dem Zeitpunkt des Fortfalls der Versicherungsfähigkeit eine Umstellung in den Tarif EXKLUSIV-B-E vorzunehmen. Die erworbenen Rechte bleiben dabei erhalten.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als "100" betragen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 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 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-E1, R-EXKLUSIV-B-E1								
Tarifstufe	80	75	70	65	60	55	50	30
Erstattungsprozentsatz	80	75	70	65	60	55	50	30

Wird das Kurtagegeld gemäß Abschnitt B 1.5 beansprucht, dann wird der genannte Betrag in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:

Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-E1 50

50 % von 20 EUR = 10 EUR

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

B 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 Sehhilfen

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 Sehstärke 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 Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge. Wurde eine brechkraftverändernde Augenoperation (LASIK/LASEK) durchgeführt und der Zuschuss für die Operation aus dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B in Anspruch genommen, dann besteht im ent-

sprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren auch aus diesem Tarif kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

1.2 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen 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 Versorgungform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wäre.

1.3 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 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.

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.

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

1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen

Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.5 Kurtagegeld

Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort 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 wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistungen für Unterkunft- und Verpflegungskosten gewährt werden.

2 Zahnärztliche Behandlung

Berücksichtigt werden im Rahmen der ambulanten zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 und B 2.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnbehandlung

Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe 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.

2.2 Zahnersatz und zahntechnische Leistungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive 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.

Berücksichtigungsfähig sind 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

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

2.2.2 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 für das vorausgehende Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde. Eine 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 für das vorausgehende 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.

2.3 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.

3 Heilbehandlung im Ausland

Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiter-

hin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif EXKLUSIV-B-E1 zusammen mit dem Tarif EXKLUSIV-B versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus dem Tarif EXKLUSIV-B, es sei denn die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus EXKLUSIV-B.

C 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 Antrages 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 Vornormensatz 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.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-E1

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B-E1 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 Ausbildungs- 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-E1 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.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal zwölf Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-EXKLUSIV-B) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von "100" weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

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.

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.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E1 darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W und (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.