

Tarife EXKLUSIV-PLUS 0, 1, 2 – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Produktlinie privat Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- 100 % Arzneimittel- und Verbandmittelerstattung
- 100 % Hilfsmittel
- 100 % Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu 1.500 EUR
- 100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 80 %)
- 100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
- 100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR. Ab dem fünften Versicherungsjahr besteht keine Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung

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

Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (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 Ambulante Operationen
 - 1.12 Häusliche Behandlungspflege
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnprophylaxe
 - 2.2 Zahnbehandlung
 - 2.3 Kieferorthopädie
 - 2.4 Zahnersatz
 - 2.5 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
 - 2.6 Heil- und Kostenplan
- 3 Stationäre Heilbehandlung
 - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
 - 3.2 Wahlleistungen
 - 3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
 - 3.4 Krankenhaustagegeld
 - 3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
 - 3.6 Begleitperson bei Kindern
 - 3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
- 4 Selbstbehalt
- 5 Sonstige Leistungen
 - 5.1 Krankentransport aus dem Ausland
 - 5.2 Überführung/Bestattung im Ausland
 - 5.3 Entziehungsmaßnahmen
 - 5.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Gesundheits- und Verhaltensbonus

- 1 Gesundheitsbonus
 - 1.1 Voraussetzung
 - 1.2 Höhe
- 2 Verhaltensbonus
 - 2.1 Voraussetzung
 - 2.2 Höhe

D 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

E Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

- 1 Beitragsbefreiung
- 2 Beitragsreduzierung
- 3 Ende der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit
- 4 Ausschluss der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

F Anpassungsvorschriften

- 1 Beitragsanpassung
- 2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
- 3 Fortführung der Versicherung
- 4 Beitragsberechnung
- 5 Tarifbezeichnung

H Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-PLUS 0, EXKLUSIV-PLUS 1 und EXKLUSIV-PLUS 2 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten nach der geltenden GOÄ.

Bei einer akuten Behandlung im Ausland kommt die Gebührenordnung nicht zur Anwendung.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a 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

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf 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 den Versicherer erstattet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Untersuchungen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a 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). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die 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 des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.

1.6 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur

Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR. 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.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-PLUS entsteht ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen zu 100 % für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu 1.500 EUR insgesamt für beide Augen.

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

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

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 Heilund Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ erstattet.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:

Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.8 Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig 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 Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig 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.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig 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).

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.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

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 Ambulante Operationen

Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, zahlt der Versicherer zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1 eine Vergütung von 200 EUR.

1.12 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. 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.

2 Zahnärztliche Behandlung

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden die im Folgenden beschriebenen Kosten erstattet.

Bei einer akuten Behandlung im Ausland kommt die Gebührenordnung nicht zur Anwendung.

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind nach 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 erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.

Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind nach 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 erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenbauende/vermehrnde Maßnahmen sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis maximal 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.5 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.5: $RB = 1.500 \text{ EUR}$, anerkannter $RB = 1.250 \text{ EUR}$, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und B 2.4.3: $(75 - 90 \%) = 937,50 - 1.125 \text{ EUR}$).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % 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 Erstattungsprozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf einen von 75 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 75 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 75 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, 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 90 % kann 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 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.500 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

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

2.6 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. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind 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.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BpflV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

Bei einer akuten Behandlung im Ausland kommt die Gebührenordnung nicht zur Anwendung.

3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG nach der geltenden GOÄ. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt. Die Leistungen durch Beleghebammen und -entbindungspfleger sind ebenfalls erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Beleghebammen und -entbindungspfleger.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.4 Krankenhaustagegeld

Der Versicherer zahlt

- ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt,
- ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres erhalten die Hälfte der vorstehend genannten Krankenhaustagegelder.

3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.6 Begleitperson bei Kindern

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif EXKLUSIV-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 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 des Versicherers versichert ist.

3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif EXKLUSIV-PLUS, 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 vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf maximal 80 EUR pro Tag. Voraussetzungen sind:

- bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende 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 Selbstbehalt

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 1 und stationäre Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt

0 EUR	im Tarif EXKLUSIV-PLUS 0
480 EUR	im Tarif EXKLUSIV-PLUS 1
960 EUR	im Tarif EXKLUSIV-PLUS 2

abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

Der Selbstbehalt gilt für Behandlungen innerhalb eines Kalenderjahres je versicherte Person. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigen sich für das erste Jahr die Selbstbehalte um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.

Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“, für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2 sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus (siehe Abschnitt C 2).

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der „Card für Privatversicherte“, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattet.

Die entstandenen 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.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.3 Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kosten-erstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer 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.

5.4 Kommunikationshilfeleistungen

Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikations-hilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Orale Dolmetscher.

C Gesundheits- und Verhaltensbonus

1 Gesundheitsbonus

1.1 Voraussetzung

Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausgezahlt.

Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).

Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus, wenn im abgelaufenen Kalenderjahr ein Ruhen des Versicherungsvertrages im Sinne des § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) vorlag oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war.

Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Teil II Abs. 6a.

1.2 Höhe

Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 600 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 900 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, welche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen.

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (siehe Abschnitt G) versichert haben, halbiert sich der Gesundheitsbonus.

Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

Keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus hat die Erstattung der Kosten der zur Erlangung des Verhaltensbonus erforderlichen Untersuchungen sowie der Verhaltensbonus selbst gemäß Abschnitt C 2, die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ sowie Zahnvorsorge gemäß Abschnitt B 2.1 in Verbindung mit dem Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ und Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.

Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.

2 Verhaltensbonus

Der Verhaltensbonus ist eine auf Antrag einmal im Jahr erfolgende Summenauszahlung, mit der der Versicherer gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person im abgelaufenen Kalenderjahr honoriert, sofern

- in diesem Zusammenhang jährlich vier der in Abschnitt C 2.1 genannten fünf Untersuchungen durchgeführt werden,
- die Ergebniswerte (BMI, Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin) im Normbereich liegen und
- der schriftliche Nachweis durch entsprechende Bestätigung bzw. Bescheinigung der die Untersuchung durchführenden Stelle erfolgt.

2.1 Voraussetzung

Die jährliche Auszahlung des Verhaltensbonus für das abgelaufene Kalenderjahr kann durch die versicherte Person ab dem Folgejahr beantragt werden. Ein entsprechendes Antragsformular wird vom Versicherer zur Verfügung gestellt. Ein Anspruch auf den Verhaltensbonus besteht:

- wenn dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Verhaltensbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird) und
- wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr spätestens bis zum Zeitpunkt der Beantragung der Auszahlung des Verhaltensbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
- wenn im abgelaufenen Kalenderjahr kein Ruhen des Versicherungsvertrages im Sinne des § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) vorlag oder keine Hilfebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit gemäß Abschnitt E bestand.

Die Auszahlung des Verhaltensbonus setzt voraus, dass für das abgelaufene Kalenderjahr vier der folgenden fünf Untersuchungen durch die versicherte Person ab Vollendung des 18. Lebensjahres nachgewiesen werden und die Ergebnisse (BMI, Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin) im medizinisch altersentsprechenden Normbereich (Werte können dem den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beiliegenden Informationsblatt „Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)EXKLUSIV-PLUS“ entnommen werden) liegen:

- BMI (Body-Mass-Index)
- Blutdruckwerte
- Blutzuckerwerte (Nüchternblutzucker)
- Cholesterinwerte (Gesamtcholesterin)
- Zahnvorsorgeuntersuchung

Die Werte des BMI, Blutdruck und Blutzucker sowie die Cholesterinwerte sollten durch Untersuchung eines/einer Apothekers/ Apothekerin nachgewiesen werden. Der Nachweis der Zahnvorsorge erfolgt durch die Bescheinigung der Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung.

Für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres setzt die Auszahlung des Verhaltensbonus voraus, dass nach Vertragsabschluss altersgemäß die Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (U1 bis U9 bis 64. Lebensmonat) durchgeführt werden. Danach muss jährlich ein normgerechter BMI sowie die Zahnvorsorge und die altersentsprechende Durchführung der

Vorsorgeuntersuchung J1 nach gesetzlich eingeführtem Programm nachgewiesen werden. Der BMI für Kinder muss durch einen Arzt in Abhängigkeit von Größe, Alter, Gewicht und Geschlecht bestimmt werden.

Die durch die Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus entstehenden Kosten haben weder Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus, noch auf die Zahlung einer Beitragsrückerstattung.

Die Auszahlung des Verhaltensbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. Teil II 6a und die Auszahlung des Gesundheitsbonus gemäß Abschnitt C 1.

2.2 Höhe

Der Verhaltensbonus beträgt für ein Kalenderjahr, in dem die genannten Untersuchungen durchgeführt und normgerechte Ergebnisse nachgewiesen werden, 200 EUR, für das zweite Kalenderjahr in Folge 250 EUR und für das dritte Kalenderjahr in Folge 300 EUR. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (siehe Abschnitt G) versichert haben, halbiert sich der Verhaltensbonus. Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Verhaltensbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

D Optionsrecht

1 Ausübung der 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 den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.

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. § 8a 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 Optionstermine gemäß Abschnitt D 1 vom Versicherer 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 ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts

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

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt D dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 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.

E Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

1 Beitragsbefreiung

Wird die nach einem der EXKLUSIV-PLUS-Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen ab Beginn des vierten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 SGB XI (siehe Anhang), wenn die Einstufung in den Pflegegrad 5 erfolgt.

2 Beitragsreduzierung

Eine Beitragsreduzierung in Höhe von 50 Prozent hingegen erfolgt für die in einem der EXKLUSIV-PLUS-Tarife versicherte Person ab Beginn des vierten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 SGB XI (siehe Anhang), wenn die Einstufung in den Pflegegrad 4 erfolgt. Wird eine Herabstufung von Pflegegrad 5 in Pflegegrad 4 vorgenommen, beginnt die Beitragsreduzierung mit Ende der Beitragsbefreiung nach Abschnitt E 1.

3 Ende der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

Die Beitragsbefreiung endet zum Letzten des Monats, in welchem die Leistungen nach Pflegegrad 5 wegfallen.

Die Beitragsreduzierung entfällt entsprechend zum Letzten des Monats, in welchem die Leistungen nach Pflegegrad 4 wegfallen, es sei denn, es erfolgt eine Höherstufung in Pflegegrad 5. In diesem Fall entfällt die Beitragsreduzierung erst mit Einsetzen der Beitragsbefreiung nach Abschnitt E 1.

4 Ausschluss der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

Die Beitragsbefreiung nach Abschnitt E 1 und Beitragsreduzierung nach Abschnitt E 2 erfolgt nur, wenn und solange sich der Vertrag nicht im Ruhen nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG befindet (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang).

F Anpassungsvorschriften

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

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

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, 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.

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

Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen passt der Versicherer 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.

G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C, D, E und F gelten für die R-EXKLUSIV-PLUS-Tarife noch folgende Bestimmungen:

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren und
- keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben beziehungsweise
- kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung

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

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

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören. Voraussetzung ist, dass

- nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,
- keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und
- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.

Gleichzeitig kann ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen abgeschlossen werden. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer in der GKV begrenzt. Waren zu den R-EXKLUSIV-PLUS-Tarifen bisher Zuschläge im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko vereinbart, kommen die dafür zugrunde gelegten Vorerkrankungen und Diagnosen auch für die Ermittlung eines Zuschlages zur Krankentagegeldversicherung zur Anwendung.

4 Beitragsberechnung

Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. und 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (z. B. R-EXKLUSIV-PLUS 1).

H Sonstige Bestimmungen

Neben den (R-)EXKLUSIV-PLUS-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

BPfIV: Bundespflegesatzverordnung
GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebÜH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz
VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI: Sozialgesetzbuch Elftes Buch
Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife EXKLUSIV-PLUS

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 1.11)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B/C/D

Begleitperson (B 3.6 und B 3.7)
Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger (B 3.3)
Bestattungskosten (B 5.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.6)

E

Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Entziehungsmaßnahmen (B 5.3)
Ergotherapie (B 1.7)

F

Fahrtkosten (B 3.5)

G

Gesundheitsbonus (C 1)
Gnathologie (B 2.4.1)

H

Haushaltspflegekraft (B 3.6)
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
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)
Kommunikationshilfeeleistungen (B 5.4)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankenhaustagegeld (B 3.4)
Krankentransportkosten (B 3.5)

L

Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N

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

O

Optionsrecht (D)

P/Q

Pflegebedürftigkeit (E)
Psychotherapie (B 1.9)

R

Regelleistungen (B 3.1)

S

Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Selbstbehalt (B 4)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T

Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U

Überführungskosten (B 5.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (D 6)

V

Verhaltensbonus (C 2)
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y

Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wahlleistungen (B 3.2)
Wartezeiten (A)

Z

Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)