

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland
Genehmigungs-Nr.: 4002

Produkt:
Produktlinie Zahn

Dieses Blatt dient Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Kranken-Zusatzversicherung für zahnärztliche Behandlungen.

Die Tarife ZahnPLUS, ZahnTOP und ZahnEXKLUSIV gibt es jeweils in zwei Varianten, mit und ohne Alterungsrückstellungen (z. B. ZahnPLUSpur und ZahnPLUS). Die Beiträge der Tarife ZahnBASISpur, ZahnSTARTpur, ZahnPLUSpur, ZahnTOPpur und ZahnEXKLUSIVpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.



Was ist versichert?

Tarife ZahnBASISpur, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP, ZahnTOPpur, ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur

- ✓ 100 % Regelversorgung der GKV
- ✓ 50 % (ZahnBASISpur und ZahnSTARTpur), 70 % (ZahnPLUS und ZahnPLUSpur), 90 % (ZahnTOP und ZahnTOPpur), bzw. 100% (ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur) Erstattung der Kosten für:

- Höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen
- Zahnbehandlung
- Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres beginnt; die Altersbegrenzung entfällt bei den Tarifen ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur, wenn es sich um eine unfallbedingte Behandlung handelt)

Die Erstattung erfolgt unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anderer Leistungsträger.

Tarife ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP und ZahnTOPpur zusätzlich:

- ✓ 50 % (ZahnSTARTpur), 70 % (ZahnPLUS und ZahnPLUSpur) bzw. 90 % (ZahnTOP und ZahnTOPpur) Erstattung der Kosten für:
 - Zahnprophylaxe inkl. professioneller Zahnreinigung bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro je Kalenderjahr (ab Vollendung des 21. Lebensjahres)

Tarife ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur zusätzlich:

- ✓ - 100% Zahnprophylaxe inkl. professioneller Zahnreinigung ohne Altersbeschränkung
- 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro je Kalenderjahr für schmerzstillende Maßnahmen (z. B. Vollnarkose oder Hypnose)
- 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro innerhalb von 2 Kalenderjahren für zahnauhellende Maßnahmen sowie weitergehende kieferorthopädische Maßnahmen (z. B. Aligner-Therapie; einmal während der Vertragslaufzeit)

Die Erstattung erfolgt unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anderer Leistungsträger.

Tarife ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur zusätzlich:

- ✓ Optionsrecht auf Umstellung in leistungsstärkere Zahnzusatztarife.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
 - ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
 - ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- Weitere Einschränkungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen insbesondere in § 5.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Es gibt Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann. Einschränkungen ergeben sich beispielsweise aus den nachfolgend genannten Umständen:

Tarife ZahnBASISpur, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP, ZahnTOPpur, ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur:

- ! Die maximale Leistung beträgt ab dem 5. Kalenderjahr
 - in den Tarifen ZahnBASISpur und ZahnSTARTpur 2.000 EUR
 - in den Tarifen ZahnPLUS und ZahnPLUSpur 4.000 EUR,je Kalenderjahr. In den ersten vier Kalenderjahren gelten gesonderte Höchstsätze (auch für die Tarife ZahnTOP, ZahnTOPpur, ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur).
- ! Über den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung sind zahnärztliche Leistungen nicht erstattungsfähig.
- ! Aufwendungen für Behandlungen, die während einer stationären Heilbehandlung erfolgen, sind nicht erstattungsfähig.

Tarife ZahnBASISpur, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP und ZahnTOPpur:

- ! Behandlungen durch Ärzte ohne Kassenzulassung sind nicht erstattungsfähig.



Wo bin ich versichert?

Tarife ZahnBASISpur, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP und ZahnTOPpur:

- ✓ Aufgrund der Beschränkung auf Ärzte mit Kassenzulassung besteht Versicherungsschutz für zahnärztliche Behandlungen ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland.

Tarife ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur:

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich befristet Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Das Leistungsversprechen, das wir Ihnen geben, setzt voraus, dass wir Ihren Antrag sorgfältig prüfen können. Nur so ist sichergestellt, dass die kalkulierten Beiträge auch richtig bemessen sind. Deshalb ist es notwendig, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung (im Regelfall mit Unterschrift des Antrages) die durch uns gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung - auch einer gesetzlichen - bei einem weiteren Versicherer mit.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalls erteilen Sie uns bitte jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Die Nichtbeachtung dieser Pflichten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vom Vertrag lösen.



Wann und wie zahle ich?

- Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.
- Sie können zwischen folgenden Zahlungsweisen wählen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich.
- Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag jeweils am Monatsersten fällig.
- Im Allgemeinen gilt das Lastschriftverfahren. Sie können uns den Beitrag aber auch überweisen.
- Bitte beachten Sie, dass die Nichtzahlung von Beiträgen zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Vertrages führen kann.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
- Das Versicherungsverhältnis ist grundsätzlich unbefristet, es gilt eine Mindestvertragsdauer von zwei Jahren.
- Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – im Regelfall mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag beenden?

- Der Vertrag kann von Ihnen jeweils zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.
- Zusätzlich zum oben genannten ordentlichen Kündigungsrecht haben Sie in bestimmten Fällen (z. B. bei einer Beitragsanpassung) auch vorzeitig die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Tarife ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur Ergänzungstarife für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Zahn

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnersatz inkl. GKV-Leistung
- 100 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
- 100 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen inkl. GKV-Leistung
- 100 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat (Altersbeschränkung entfällt bei unfallbedingter Behandlung)
- 100 % zahnaufhellende Maßnahmen und weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen (z. B. Aligner-Therapie; einmalig während Vertragslaufzeit) bis 300 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren inkl. GKV-Leistung
- 100 % besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (z. B. Akupunktur, Hypnose oder Vollnarkose) bis 300 EUR im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung

Erstattungshöchstsätze

- Die Erstattungshöchstsätze betragen
- im ersten Kalenderjahr je nach Versicherungsbeginn bis zu 1.000 EUR,
 - im ersten bis zweiten Kalenderjahr zusammen 3.000 EUR,
 - im ersten bis dritten Kalenderjahr zusammen 4.500 EUR und
 - im ersten bis vierten Kalenderjahr zusammen 6.000 EUR.

Ab dem fünften Kalenderjahr besteht keine Begrenzung.

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

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

- 1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
- 2 Erstattungshöhe
- 3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Voraussetzungen
- 3 Alterungsrückstellung
- 4 Gesundheitsprüfung
- 5 Beantragungsfrist
- 6 Unterbrechung des Optionsrechts
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Beitragsberechnung und Anpassungsvorschriften

- 1 Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)
- 2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife ZahnEXKLUSIV und ZahnEXKLUSIVpur 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

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV bzw. besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur.

2 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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

1.1 Zahnersatz

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen, Keramik- und Kunststoff-Verblendungen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen (einschließlich Knochenaufbau), funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen.

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.

1.2 Zahnbehandlung

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen, plastische Füllungen (Kunststoff-, Komposit- und dentinadhäsive Füllungen), Fissurenversiegelungen, Aufbissbehelfe (z. B. Knirscherschienen). Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für solche Arzneimittel, die vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.

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.

1.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

1.4 Kieferorthopädie

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

Diese Altersbeschränkung entfällt für kieferorthopädische Behandlungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

1.5 Weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen und Zahnaufhellung

Versicherungsfall sind auch über Abschnitt B 1.4 hinausgehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen z. B. mittels einer Aligner-Therapie (unsichtbare Zahnschienen) und zahnaufhellende Maßnahmen. Die Kosten hierfür sind berücksichtigungsfähig

1.5.1 Weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen

Voraussetzung für die Kostenerstattung für über Abschnitt B 1.4 hinausgehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen ist, dass diese von einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden durchgeführt oder überwacht werden.

Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn eine Zahn- und/oder Kieferorthopädie bereits bei Antragstellung bestand. Die Behandlung darf zu diesem Zeitpunkt noch nicht begonnen haben.

1.5.2 Zahnaufhellung

Voraussetzung für die Kostenerstattung für zahnaufhellende Maßnahmen ist, dass diese von einem Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.

1.6 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung wie Akupunktur, Hypnose, Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgas-Sedierung und Vollnarkose.

Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen im direkten Zusammenhang mit einer Leistung gemäß der Abschnitte B 1.1 und/oder B 1.2 stehen.

2 Erstattungshöhe

2.1 Zahnersatz, Zahnbehandlung, Prophylaxe und Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B 1.1 bis B 1.4 genannten Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnbehandlung, prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ zu **100 %** erstattet.

2.2 Weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen und Zahnaufhellung

Die in Abschnitt B 1.5 genannten Aufwendungen für weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen und zahnaufhellende Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt **300 EUR** innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren zu **100 %** erstattet.

Anspruch auf Kostenerstattung für Aufwendungen gemäß Abschnitt B 1.5.1 für weitergehende kieferorthopädische Zahnkorrekturen besteht nur einmal während der Vertragslaufzeit nach Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur, auch im Falle eines Wechsels zwischen diesen Tarifen.

2.3 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Die in Abschnitt B 1.6 genannten Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von **300 EUR** pro Kalenderjahr zu **100 %** erstattet.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen

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

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

Berechnungsbeispiel:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt:
100 % von 250 EUR = 250 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR = 200 EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze

2.5.1 Begrenzung GOZ bzw. GOÄ

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

Im Ausland entstandene Kosten für nach diesem Tarif versicherte Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei entsprechender Abrechnung der erbrachten Leistung nach GOÄ oder GOZ bei einer Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären.

2.5.2 Erstattungshöchstsätze

Die Leistungen aus diesen Tarifen sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR
- im ersten bis zweiten Kalenderjahr auf zusammen 3.000 EUR
- im ersten bis dritten Kalenderjahr auf zusammen 4.500 EUR
- im ersten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 6.000 EUR.

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die Begrenzung.

Berechnungsbeispiel:

Die Versicherung nach Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur beginnt am 01.01.2022 (Höchstleistungsbetrag für 1. Kalenderjahr: 1.000 EUR). Im Jahr 2022 wird eine Zahnersatzrechnung eingereicht, bei der nach Anrechnung der Vorleistung der GKV 500 EUR tariflich erstattet werden. Es erfolgt keine Kürzung, da der Höchstleistungsbetrag nicht überschritten wird.

Im Jahr 2023 (Höchstleistungsbetrag für 1. bis 2. Kalenderjahr: 3.000 EUR) wird ebenfalls eine Zahnersatzrechnung eingereicht. Bei dieser wären nach Anrechnung der Vorleistung der GKV 3.000 EUR zu erstatten. Es erfolgt eine Kürzung der Erstattung auf 2.500 EUR, da die 500 EUR aus dem Jahr 2022 berücksichtigt werden (= insgesamt 3.000 EUR).

2.5.3 Erstattungshöchstsätze im Falle einer Vorversicherung

Bestand für die versicherte Person bis unmittelbar vor Beginn der Versicherung nach Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur für mindestens zwei Jahre eine Zahnzusatzversicherung, welche für privatärztliche Zahnersatzmaßnahmen einen Erstattungssatz von mindestens 80 % vorsah, gelten abweichend von Abschnitt B 2.5.2 folgende Begrenzungen:

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR
- im ersten bis zweiten Kalenderjahr auf zusammen 3.000 EUR.

Ab dem dritten Kalenderjahr entfällt die Begrenzung.

Voraussetzung für die Gültigkeit der abweichenden Erstattungshöchstsätze gemäß diesem Abschnitt ist, dass der Versicherungsnehmer einen Nachweis über das Bestehen einer entsprechenden Zahnzusatzversicherung für die versicherte Person erbringt. Der Nachweis ist bis spätestens drei Monate nach Versicherungsbeginn des Tarifs ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur zu erbringen. Erfolgt dieser Nachweis nicht, gelten die Erstattungshöchstsätze gemäß Abschnitt B 2.5.2.

2.5.4 Entfall der Erstattungshöchstsätze bei Unfall

Die Begrenzungen der tariflichen Leistungen gemäß der Abschnitte B 2.5.2 und B 2.5.3 entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.5.5 Begrenzung für bei Vertragsabschluss fehlende Zähne

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:
Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 1.000 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5.2 bzw. Abschnitt B 2.5.3 genannten Beträge nicht überschritten werden.

Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z.B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenbauende/-vermehrnde Maßnahmen, besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung gemäß Abschnitt B 1.6 sowie Materialkosten.

Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

1.1 Zeitpunktbezogene Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif ZahnEXKLUSIV oder ZahnEXKLUSIVpur das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in andere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

1.2 Ereignisbezogene Option

Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person nach Maßgabe der nachfolgenden Abschnitte C 2 bis C 5 ebenfalls in den nachgenannten Fällen:

- bei Geburt oder Adoption eines Kindes,
- bei Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei Scheidung vom Ehepartner oder bei Aufhebung der Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
- bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass

- zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen,
- keine wirksame Kündigung vorliegt und
- der Versicherungsschutz nach dem Tarif ZahnEXKLUSIV bzw. ZahnEXKLUSIVpur vor Beginn des Kalenderjahres, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird, begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

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

4 Gesundheitsprüfung

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

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1.1 entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt beantragt wird.

Das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1.2 muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt eines der dort aufgeführten Ereignisse ausgeübt werden. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer durch geeignete Nachweise anzuzeigen. Die Umstellung wird zum Ersten des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

6 Unterbrechung des Optionsrechts

Für den Tarif ZahnEXKLUSIV wird das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1.1 unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

D Beitragsberechnung und Anpassungsvorschriften

1 Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)

1.1 Für Tarif ZahnEXKLUSIV gilt:

Abweichend von § 8a Abs. 1 Teil II erfolgt zum auf die Vollendung des 15. bzw. 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten keine Beitragsumstufung, da alle Beiträge eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) enthalten.

1.2 Für Tarif ZahnEXKLUSIVpur gilt:

Eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

Abweichend von § 8a Abs. 1 Teil II erfolgt für versicherte Kinder zum auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monats-ersten keine Umstufung auf den Beitrag für Jugendliche.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 30., 35., 40., 45., 50., 55., 60. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Teil I.

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

Als tariflicher Vomhundertsatz 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 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen 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.

Tarif ZahnTOP Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Zahn

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
- 90 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
- 90 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
- 90 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres
- 90 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR. Ab dem fünften Kalenderjahr besteht keine Begrenzung.

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

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

- 1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
- 2 Erstattungshöhe
- 3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Anpassungsvorschriften

D Sonderbedingungen nach Tarif ZahnTOP (ZahnTOPpur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
- 4 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnTOP gilt 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

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif ZahnTOP kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnTOP.

2 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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des „Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen“ des Versicherers.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe

2.1 Zahnersatz

Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 90 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr zu 90 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 135 EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt:
90 % von 250 EUR = 225 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR
= 175 EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze

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

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR
- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000 EUR

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die Begrenzung.

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

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:

Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 900 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/-vermehrnde Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht

3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Als tariflicher Vomhundertsatz 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 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen 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 nach Tarif ZahnTOP (ZahnTOPpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif ZahnTOP auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (ZahnTOPpur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind nach Abschnitt A 1 versicherungsfähige Personen ab Geburt.

3 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

4 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 40., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, 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.

Tarif ZahnPLUS Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Zahn

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
- 70 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
- 70 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
- 70 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres
- 70 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 4.000 EUR jährlich.

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

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

- 1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
- 2 Erstattungshöhe
- 3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Voraussetzungen
- 3 Alterungsrückstellung
- 4 Gesundheitsprüfung
- 5 Beantragungsfrist
- 6 Unterbrechung des Optionsrechts
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif ZahnPLUS (ZahnPLUSpur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
- 4 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnPLUS gilt 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

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif ZahnPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnPLUS.

2 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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des „Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen“ des Versicherers.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe

2.1 Zahnersatz

Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 70 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 70 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr zu 70 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 105 EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt:
70 % von 250 EUR = 175 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR
= 125 EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze

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

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR
- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000 EUR
- ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 4.000 EUR

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

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:

Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 700 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/-vermehrnde Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht

3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif ZahnPLUS das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif ZahnPLUS vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

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

4 Gesundheitsprüfung

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

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

6 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif ZahnPLUS in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Als tariflicher Vomhundertsatz 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 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen 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.

E Sonderbedingungen nach Tarif ZahnPLUS (ZahnPLUSpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif ZahnPLUS auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (ZahnPLUSpur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind nach Abschnitt A 1 versicherungsfähige Personen ab Geburt.

3 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

4 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, 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.

Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

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

Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR	Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR
10010	Modell	8,26	12010	Metallbasis	174,65
10018	Modell bei Implantatversorgung	8,21	12021	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	14,96
10021	Doublieren eines Modells	21,25	12025	Kralle	14,96
10022	Platzhalter einfügen	17,35	12026	Ney-Stiel	15,06
10023	Verwendung von Kunststoff	17,35	12027	Auflage	14,96
10024	Galvanisieren	17,35	12028	Umgehungsbügel bei Diastema	14,96
10030	Set-up, Wax-up, je Segment	12,76	12031	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	27,54
10051	Sägemodell	13,21	12041	Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung mit Auflage	37,08
10052	Einzelstumpfmodell	13,21	12050	Bonwillklammer	67,87
10053	Modell nach Überabdruck	13,21	12081	Rückenschutzplatte	48,86
10054	Set-up-Modell für KFO	13,31	12082	Metallzahn, gegossen	48,86
10055	Fräsmodell	13,21	12083	Metallkaufäche, gegossen	48,86
10060	Zahnkranz	6,68	12100	Lösungshilfe	18,97
10070	Zahnkranz sockeln	7,03	12110	Unterfütterbarer Abschlussrand	22,58
10111	Modellpaar trimmen	12,59	12120	Zuschlag einzelne gegossene Klammer	25,66
10112	Fixator	11,99	13010	Aufstellung, Grundeinheit	40,03
10120	Mittelwertartikulator	14,38	13018	Aufstellung Grundeinheit bei Implantatversorgung	40,03
10128	Mittelwertartikulator bei Implantatversorgung	14,38	13020	Aufstellen Wachs- oder Kunststoff je Zahn	2,27
10130	Modellpaar sockeln	31,46	13028	Aufstellen Wachs- oder Kunststoff je Zahn bei Implantatversorgung	2,27
10201	Basis für Vorbissnahme	12,91	13030	Aufstellen Metall je Zahn	3,31
10202	Basis für Konstruktionsbiss	14,87	13410	Übertragung je Zahn	2,33
10211	Individueller Löffel	28,19	13610	Fertigstellung Grundeinheit	62,14
10212	Funktionslöffel	28,19	13618	Fertigstellung Grundeinheit bei Implantatversorgung	61,78
10213	Basis für Bissregistrierung	28,19	13620	Fertigstellen je Zahn	4,14
10214	Basis für Stützstiftregistrierung	28,19	13628	Fertigstellen je Zahn bei Implantatversorgung	4,14
10215	Basis für Aufstellung	28,19	13800	Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung	12,19
10216	Basis für Bissregistrierung bei Implantatversorgung	28,02	13805	Gebogene Auflage	12,19
10218	Basis für Aufstellung bei Implantatversorgung	28,02	13810	Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung	20,60
10220	Bisswall	8,12	13821	Weichkunststoff	103,32
10228	Bisswall bei Implantatversorgung	8,09	13822	Sonderkunststoff	103,32
10230	Registrierplatte und -stift auf Basen	36,02	13830	Zahn zahnfarben hergestellt	40,51
10240	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	31,03	13840	Zahn zahnfarben hinterlegt	14,69
10310	Provisorische Krone/Brückenglied	41,26	14010	Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	164,68
10320	Formteil	23,32	14020	Aufbissbehelf ohne adjustierter Oberfläche	97,74
11013	Wurzelstiftkappe	96,11	14030	Umarbeiten zum Aufbissbehelf	67,97
11021	Vollkrone/Metall	103,31	14040	Semipermanente Schiene/Metall, je Zahn	58,43
11022	Teilkrone/Metall	103,31	17010	Basis für Einzelkiefengerät	75,44
11023	Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	101,15	17020	Basis bimaxilläres Gerät	159,38
11024	Krone für vestibuläre Verblendung	102,47	17030	Schiefe Ebene	63,23
11026	Vollkrone/Metall bei Implantatversorgung	103,31	17040	Vorhofplatte	82,86
11028	Krone für vestibuläre Verblendung bei Implantatversorgung	102,47	17050	Kinnkappe	67,93
11031	Vorbereiten Krone	17,24	17100	Aufbiss	14,87
11032	Krone/Brückenglied einarbeiten	17,24	17110	Abschirmelement	24,74
11033	Stiftaufbau einarbeiten	17,24	17121	Weichkunststoff (KFO)	66,13
11040	Modellation gießen	24,88	17122	Sonderkunststoff (KFO)	66,13
11050	Stiftaufbau	67,97	17200	Schraube einarbeiten	21,25
11100	Brückenglied	74,36	17210	Spezial-Schraube einarbeiten	28,90
11200	Teleskopierende Krone	322,56	17220	Trennen einer Basis	9,37
11201	Teleskopierende Primär- oder Sekundärkrone	214,79	17300	Labialbogen	27,62
11331	Individuelles Geschiebe	268,93	17310	Labialbogen modifiziert	39,49
11341	Konfektions-Geschiebe	133,26	17320	Labialbogen intermaxillär	44,60
11343	Konfektions-Anker	133,26	17330	Feder, offen	12,77
11347	Primär-/Sekundär-Teil Konfektions-Anker	88,67	17340	Feder, geschlossen	15,95
11349	Wiederbefestigung Sekundär-Teil	88,67	17400	Verbindungselement/intramaxillär	31,40
11360	Gefrästes Lager	66,32	17410	Verbindungselemente/intermaxillär	37,20
11370	Schubverteilungsarm	67,15	17420	Verankerungselement	30,80
11500	Metallverbindung nach Brand	35,81	17430	Einzelelement einarbeiten	15,95
11550	Konditionierung je Zahn/Flügel	17,16	17440	Metallverbindung (KFO)	22,31
11600	Verblendung Kunststoff	58,49	17500	Einarmiges Halte-/Abschirm-Element	13,82
11610	Zahnfleisch Kunststoff	18,61	17510	Mehrararmiges Halte-/Abschirm-Element	21,25
11620	Verblendung Keramik	120,40			
11628	Verblendung Keramik bei Implantatversorgung	120,40			
11630	Zahnfleisch Keramik	42,94			
11638	Zahnfleisch Keramik bei Implantatversorgung	42,94			
11640	Verblendung Komposit	91,64			
11650	Zahnfleisch Komposit	24,79			

Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR	Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR
18010	Grundeinheit Zahnersatz	23,94	101001	Remontage-Modell	34,93
18018	Grundeinheit Instandsetzen Zahnersatz/ implantatgest.	23,80	101002	Spezialmodell	48,03
18021	Leistungseinheit Sprung	10,26	101003	Stumpf sägen und vorbereiten	7,27
18022	Leistungseinheit Bruch	10,26	101004	Modellmontage in individuellen Artikulator I	32,03
18023	Leistungseinheit Einarbeiten Zahn	10,26	101005	Montage eines Gegenkiefermodells	11,65
18024	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	10,26	101006	Einstellen nach Registrat	11,80
18025	Leistungseinheit Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten	10,26	101007	Metallarmierung für provisorische Versorgung	49,49
18026	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	10,26	101008	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, einflächig	82,28
18027	Leistungseinheit Kunststoffsaattel	10,26	101009	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, zweiflächig	96,84
18030	Retention, gebogen	51,42	101010	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, dreiflächig	111,39
18040	Retention, gegossen	63,01	101011	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, mehrflächig	118,68
18060	Gegossenes Basisteil	85,39	101012	Guss-, Kunststoff-Onlay, Galvano-Onlay	118,68
18070	Metallverbindung bei Instandsetzung/Erweiterung	26,53	101013	Tertiär-, Galvanokrone	102,51
18080	Teilunterfütterung einer Basis	46,21	101014	Galvanoteilkrone	118,68
18088	Teilunterfütterung/implantatgest.	46,21	101015	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, einflächig	193,58
18090	Vollständige Unterfütterung	70,01	101016	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, zweiflächig	203,78
18098	Vollständige Unterfütterung/implantatgest.	70,01	101017	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, dreiflächig	216,00
18100	Prothesenbasis erneuern	86,16	101018	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, mehrflächig	228,22
18108	Prothesenbasis erneuern/Implantatv.	86,16	101019	Keramik-, Glaskeramik-Onlay/-Teilkrone	228,22
18130	Auswechseln Konfektionsteil	16,74	101020	Verblendschale, Veneer (Frontzähne)	240,45
18200	Instandsetzung Krone/Flügel/Brückenglied	44,30	101021	Keramik-, Glaskeramik-Brückenglied	216,00
18208	Instandsetzung Krone/implantatgest.	44,05	101022	Keramik-Schulter	32,03
18610	Grundeinheit/Instandsetzung KFO oder Aufbissbehelf	23,12	101023	Kaufläche oder Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Keramik	39,30
18620	Leistungseinheit Einf. Regulierungs- oder Halteelement	10,63	101024	Kaufläche oder Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/gegossenem Glas	32,03
18630	Leistungseinheit Erneuerung eines Elementes/ intermaxillär	18,60	101025	Modellgussteil konditionieren	16,76
18640	KFO-Basis erneuern	88,67	101026	Deckgold, Bonder aufbrennen/verzinnen/ Metallfläche konditionieren, silanisieren, Keramik/gegossenes Glas ätzen	11,18
18700	Remontieren KFO-Gerät	58,79	101027	Systemaufstellung	78,87
19330	Versandkosten	7,00	101028	Wiederherstellung des Sekundärteils einer Teleskop-/Konuskrone	201,28
19338	Versandkosten bei Implantatversorgung	7,00	101029	Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	227,35
19700	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	16,79	101030	Zuschlag für das Arbeiten unter dem Stereomikroskop, je Werkstück	24,22
			101031	Mehraufwand bei Suprastruktur auf Implantat	53,41
			101032	Röntgen- und/oder Implantatbohrschablone, Grundeinheit	150,98
			101033	Röntgenkugel oder Bohrhülse einarbeiten, je vorgesehenes Implantat	20,86
			101034	Mantelkrone-Kunststoff	93,41
			101035	Mantelkrone-Keramik, Keramik, Glaskeramik-Krone	213,48
			101036	Steg	115,30
			101037	Steglasche/Stegreiter	66,00
			101038	Steggeschiebe individuell	135,18
			101039	Friktionsstift, Federbolzen, Schraube, Bolzen einarbeiten	57,29
			101040	Riegel individuell	220,24
			101041	Abnehmbare Dauerschleife mit adjustierter Oberfläche aus Metall	208,85
			101042	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfes	21,56
			101043	Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	9,71
			101044	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	59,35

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils versicherten Tarif.

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

Änderungen sind vorbehalten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KK

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei

Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Nottagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KK

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

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

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

Teil II

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

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

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

§ 3 Wartezeiten

Teil I MB/KK

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschlossen sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I MB/KK

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

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

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

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

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

(1) Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, zahlt der Versicherer in einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) auch für Präventionskurse einen Kostenzuschuss in Höhe von 80 % der tariflichen Leistung, wenn dem Versicherer ein Nachweis über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten vorgelegt und vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung bestätigt wird. Die Anzahl der durch eine versicherte Person in Anspruch genommenen Präventionskurse ist auf einen Präventionskurs pro Jahr beschränkt.

Als Präventionskurse gelten Maßnahmen, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind.

Für noch nicht zurückgelegte Maßnahmen und Maßnahmen vor Versicherungsbeginn wird kein Kostenzuschuss geleistet. Eingereichte Kostennachweise müssen daher den Zeitraum enthalten, auf den sie sich beziehen.

(2) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) leistet der Versicherer im tariflichen Umfang auch für Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien. Sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der versicherten Person zu fördern oder

- die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder
 - die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensation von Verletzungen oder Behinderungen
- zu unterstützen.

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn die digitale Gesundheitsanwendung im Verzeichnis des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) enthalten ist und

- a) von einem der in § 4 Abs. 2 Teil I genannten Behandelnden oder einem Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) indikationsbezogen verordnet wurde und die Verordnung dem Versicherer vorliegt oder
- b) der Versicherer die tariflichen Leistungen vor Beginn der Anwendung in Textform zugesagt hat.

Das Vorliegen der medizinischen Indikation, für die die digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist, ist in allen vorgenannten Fällen nachzuweisen.

Bei Folgeverordnungen der gleichen digitalen Gesundheitsanwendung, für die dem Versicherer bereits eine Erstverordnung nach Buchstabe a) vorliegt, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen bis zu den im BfArM-Verzeichnis aufgeführten Preisen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen. Hierzu zählen z. B. Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom und Batterien.

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

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

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

(5) Der Versicherer erstattet auch die Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Krankenhausambulanzen und medizinischen Versorgungszentren, sofern ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht. Zudem werden in der Krankheitskostenvollversicherung im Rahmen der Sterbegleitung die Kosten der ambulanten Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden, erstattet.

Ebenfalls erstattungsfähig sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Kosten der Versorgung in einem stationären Hospiz.

(6) Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

(7) Ergänzend zu § 4 Teil I bietet der Versicherer in der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) und, soweit es der Tarif (Teil III) vorsieht, auch in den Ergänzungstarifen dem Kunden im Versicherungsfall Kostenberatung

durch Überprüfung von Kostenvoranschlägen und Rechnungen sowie rechtliche Unterstützung bei gebührenrechtlichen Fragen an. Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

In der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) bietet der Versicherer darüber hinaus medizinische Informationen und begleitende medizinische Beratung im Einzelfall an. Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I MB/KK

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

Teil II

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

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

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

(4) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines sol-

chen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I MB/KK

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Teil II

- (1) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Heilbehandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und Steigerungssatz sowie jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, sind die Kostenbelege mit einer Bestätigung der gesetzlichen Krankenversicherung über die von ihr gezahlten Beträge vorzulegen.
- (2) Ist eine „Card für Privatversicherte“ ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach § 6 Abs. 6 Teil I insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KK

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I MB/KK

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Beitragsanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

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

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

Teil II

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

(2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

(3) Abweichend von § 8 Abs. 7 Teil I kann auch die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags zu einer der in § 8 Abs. 6 Teil I genannten Versicherungen unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(4) Fällt aufgrund der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Versicherungssteuer oder eine andere Abgabe an, kann sich dadurch der Zahlbeitrag entsprechend erhöhen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer unverzüglich über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der in Satz 1 genannten Staaten zu informieren.

(5) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 Teil I ist der Beitrag von dem Tag der Geburt an zu entrichten.

(6) Antrags- und Nachtragsgebühren sowie Mahnkosten werden nicht erhoben.

(7) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung
Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:

- a) Wird Beitragsrückerstattung für einen Tarif ausbezahlt oder gutgeschrieben, so wird sie für die versicherten Personen gewährt, die nach diesem Tarif ein volles Kalenderjahr versichert waren und für die aus dieser Zeit zu diesem Tarif keine Leistungen beansprucht wurden. Dabei sind Umstufungen innerhalb anspruchsberechtigter Tarife nicht BREschädlich. Bestanden die anspruchsberechtigten Tarife kein volles Kalenderjahr, weil sie im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung erstmals im abgelaufenen Kalenderjahr abgeschlossen wurden, so wird eine anteilige Beitragsrückerstattung gewährt.
- b) Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung ist nicht gegeben, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum 31. März des folgenden Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind oder der Vertrag aus anderen Gründen als Tod oder Eintritt der Krankenversicherungspflicht am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht.
- c) Die Beitragsrückerstattung kann frühestens einen Monat nach der Veröffentlichung der Jahresrechnung für das abgelaufene Kalenderjahr, nicht jedoch vor dem 1. Juli verlangt werden.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I MB/KK

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II

(1) Für die in dem Versicherungsvertrag versicherten Kinder ist von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der niedrigste Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

(2) Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

(3) Der Tarif (Teil III) kann andere Regelungen vorsehen.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I MB/KK

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

(1) Die in § 8b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vorhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen 10, für die Sterbewahrscheinlichkeiten 5.

(3) Unter den in § 8b Abs. 1 Teil I genannten Voraussetzungen können auch Beitragszuschläge gemäß § 15 Abs. 3 Teil II angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I MB/KK

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I MB/KK

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I MB/KK

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe

Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I MB/KK

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I MB/KK

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

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

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

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß

§ 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II

(1) Veränderungen des Versicherungsverhältnisses haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Für eine nachträglich mitversicherte Person endet das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des zuerst Versicherten.

(2) Endet die Versicherungsfähigkeit aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, so hat der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Recht, eine Umwandlung der Versicherung in eine den gesetzlichen Versicherungsschutz entsprechend des vorher versicherten Leistungsumfangs erweiternde Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu beantragen. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

(3) In Abweichung von § 13 Abs. 8 Satz 2 Teil I kann der Versicherungsnehmer, der bereits vor dem 01.01.2009 eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen hat und nach dem 01.01.2009 beim Versicherer einen Tarifwechsel in Tarife mit Übertragungswert für die versicherte Person vornimmt, ebenfalls verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte

Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31.12.2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

(4) Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes:
In Abweichung von § 13 Abs. 8 Teil I kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, auf deren neuen Versicherer überträgt, wenn die versicherte Person in den Basistarif des neuen Versicherers wechselt und die Kündigung des bestehenden Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin erklärt wird.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer Teil I MB/KK

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

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

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

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

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

Teil II

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I MB/KK

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

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

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

Teil II

Abweichend von § 15 Abs. 3 Teil I verpflichtet sich der Versicherer, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschafts-

raumes beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Dieser Beitragszuschlag ergibt sich einheitlich für alle betroffenen Versicherten gemäß einer länderabhängigen Liste des Versicherers. Eine Anpassung des Beitragszuschlags kann gemäß § 8b Teil I und II erfolgen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I MB/KK

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I MB/KK

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I MB/KK

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I MB/KK

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I MB/KK

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis:

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis:

Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Kundeninformation zur Krankenversicherung und/oder privaten Pflegepflichtversicherung

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

Im Rahmen der Beantragung des von Ihnen gewünschten Versicherungsschutzes erhalten Sie von uns verschiedene Dokumente (z. B. Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID), Versicherungsbedingungen, ggf. Produktvorschlag) mit für Sie wichtigen Informationen.

Nachfolgend haben wir für Sie besonders wichtige Punkte aus diesen Dokumenten noch einmal zusammengestellt und teilweise ergänzt.

Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers sowie vertretungsberechtigte Personen

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

Telefon: 0231 135-0
Telefax: 0231 135-4638
Internet: www.signal-iduna.de
E-Mail: info@signal-iduna.de

Handelsregister B 2405, Amtsgericht Dortmund

Vertreten durch die Vorstände:

Ulrich Leitermann (Vorsitzender),
Martin Berger, Dr. Christian Bielefeld, Dr. Karl-Josef Bierth,
Dr. Stefan Kutz, Torsten Uhlig, Clemens Vatter

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Reinhold Schulte

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

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

Garantiefonds

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

Gültigkeit der zur Verfügung stehenden Informationen

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

Beitragsnachlass

Für Ihren Vertrag wird bei jährlicher Zahlungsweise ein Beitragsnachlass von 1 % gewährt; dies gilt nicht für den Tarif PflegeBAHR.

Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken

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

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

Zustandekommen des Vertrages

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

Widerrufsrecht

Es besteht ein Widerrufsrecht. Die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Name und Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich des Beitrages, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung.

Anwendbares Recht/zuständiges Gericht

Ihrem Vertrag liegt das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde, auch betreffend die vor Vertragsschluss bestehende Beziehung zwischen den Vertragsparteien.

Das zuständige Gericht für den Vertrag ist das Gericht am Sitz des Versicherers (d. h. Dortmund) oder dasjenige Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat (§ 215 VVG).

Sprachen der Vertragsbedingungen und der Vertragsinformationen/Sprache der Kommunikation von Versicherer und Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit

Die Versicherungsbedingungen und die vorab ausgehändigten Informationen erhalten Sie in deutscher Sprache. Wir verpflichten uns, die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache zu führen.

Möglichkeiten des Zugangs zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Um dem Versicherungsnehmer den Zugang zu einer außergerichtlichen Einigung bei Beschwerden oder Meinungsverschiedenheiten zwischen ihm und dem Versicherer zu ermöglichen, kann eine Schlichtungsstelle nach § 214 VVG eingeschaltet werden. Der Schlichtungssuchende kann sich wenden an den

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Die Möglichkeit der Parteien, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde kann auch direkt gerichtet werden an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Datenschutz-Informationen

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Datenschutz-Informationen sind auch im Internet unter www.signal-iduna.de/datenschutzinfo abrufbar.

1 Verantwortlicher

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
Sitz: Dortmund, HR B 2405 AG Dortmund

Hausanschriften:

Joseph-Scherer-Straße 3 44139 Dortmund Telefon: 0231 135-0 Telefax: 0231 135-4638	Neue Rabenstraße 15-19 20354 Hamburg Telefon: 040 4124-0 Telefax: 040 4124-2958
--	--

Email: info@signal-iduna.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie:

- per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz *Datenschutzbeauftragter*,
- per Telefon unter: 0231 135 4630 oder
- per E-Mail unter: datenschutz@signal-iduna.de.

2 Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung

- der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO),
- des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG),
- der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie
- aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren.

Diese können Sie im Internet unter www.signal-iduna.de/Verhaltensregeln abrufen.

Wenn Sie einen Antrag stellen, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und um das von uns zu übernehmende Risiko einzuschätzen.

In diesem Zusammenhang verarbeiten wir Ihre Daten auch z. B. zur Angebotserstellung. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir die Daten, um das Vertragsverhältnis durchführen zu können. Die Daten benötigen wir beispielsweise,

- um den mit Ihnen vereinbarten Vertragsinhalt zu dokumentieren (Policierung),
- um eine Rechnung zu stellen oder den Beitragseinzug durchzuführen,
- um Rückversicherung durchzuführen,
- für das Forderungsmanagement,
- um eine Leistung zu regulieren,
- zur Beratung oder
- zur Kundenbetreuung.

Wenn ein Leistungsfall eingetreten ist, benötigen wir Angaben zu diesem. Nur so können wir prüfen, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist und wie hoch die tariflichen Leistungen sind.

Der Versicherungsvertrag kann nicht abgeschlossen oder durchgeführt werden, ohne dass Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

Wir benötigen darüber hinaus Ihre personenbezogenen Daten, um versicherungsspezifische Statistiken zu erstellen. Dies ist z. B. notwendig, um neue Tarife zu entwickeln. Zusätzlich müssen wir auf-

sichtsrechtliche Vorgaben erfüllen. Die Daten aller mit der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehenden Verträge nutzen wir, um die gesamte Kundenbeziehung zu betrachten. Diese wird z. B. berücksichtigt, zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, um Kulanzentscheidungen zu treffen oder um umfassende Auskünfte zu erteilen.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Ein Beispiel hierfür sind Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im späteren Leistungsfall. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Wenn Sie der Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke eingewilligt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO gegeben.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Haben vor dem Widerruf Verarbeitungen stattgefunden, sind diese davon nicht betroffen.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein,

- um die IT-Sicherheit des IT-Betriebs zu gewährleisten,
- um Produkte und Services zu entwickeln,
- um die Qualität unserer Prozesse und Services zu verbessern, z. B. durch Kundenzufriedenheitsbefragungen,
- um Straftaten zu verhindern und aufzuklären (Die Analyse der Daten hilft Hinweise zu erkennen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.),
- zur Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten,
- zur zielgerichteten und bedarfsgerechten Werbung und Information zu unseren eigenen Versicherungsprodukten und anderen Produkten der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe und deren Kooperationspartner und für Markt- und Meinungsumfragen, ggfs. unter Verwendung eines Marketingscores,
- um ein besseres Verständnis für Ihren Bedarf und Ihre Wünsche zu erhalten, z. B. durch Zuordnung zu einer Berufsgruppe,
- um das Unternehmen zu steuern (z. B. Prozessverbesserungen, Controlling, Berichtswesen) sowie
- zur Einholung von Bonitätsauskünften z.B. im Rahmen des Forderungsmanagements oder der Leistungsfallprüfung.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auch, um bestehende handelsrechtliche Verpflichtungen gegenüber dem Vermittler zu erfüllen. Das betrifft insbesondere die Abrechnung seiner Vergütung. Dieser Fall tritt natürlich nur ein, wenn der Antrag von einem Vermittler eingereicht wurde.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Darunter fallen z. B.

- aufsichtsrechtliche Vorgaben,
- handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten,
- unsere Beratungspflicht oder
- die Bearbeitung von Beschwerden.

Zudem sind wir aufgrund gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und vermögensgefährdender Straftaten verpflichtet. Dabei nehmen wir auch Datenauswertungen (u. a. im Zahlungsverkehr) vor. Diese Maßnahmen dienen zugleich Ihrem Schutz.

Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesen Fällen die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

3 Datenquellen

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung, z. B. über den Antrag, von Ihnen erhalten. Das kann auch Daten über Dritte betreffen, die wir von Ihnen erhalten und verarbeiten. Dritte können in diesem Fall z. B. Mitversicherte, Beitragszahler und Pflegepersonen sein.

Wenn es für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich ist, verarbeiten wir auch weitere personenbezogene Daten, die wir von Dritten erhalten, z. B. von

- anderen Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe,
- für Sie zuständigen Vermittlern / Beratern / Partnern oder
- sonstigen Dritten (z. B. Wirtschaftsauskunfteien).

Die Daten erhalten wir zulässigerweise im Moment und zukünftig. Dies ist notwendig, um z. B. Aufträge auszuführen, Verträge zu erfüllen oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung.

Wir verarbeiten auch personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen zulässigerweise gewonnen haben. Diese Quellen sind z. B.

- Ihre Einträge in sozialen Medien, die von der SIGNAL IDUNA angeboten werden,
- die Internet-Seite des SIGNAL IDUNA Konzerns,
- öffentliche Register,
- Adressbücher oder
- die Presse.

4 Datenkategorien

Relevante Kategorien personenbezogener Daten sind u. a.

- Identifikations- und Authentifikationsdaten (z. B. Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtsdatum, Beruf, Familienstand),
- weitere Stamm- und Vertragsdaten, z. B. Angaben über die bestehenden Verträge, Zahlungsdaten, Rollen der betroffenen Person (z. B. Versicherungsnehmer, versicherte Person, Beitragszahler, Pflegeperson),
- sofern erforderlich besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten, biometrische Daten, Daten über die Gewerkschaftszugehörigkeit),
- Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen (z. B. Leistungsdaten),
- Informationen über Ihre finanzielle Situation (z. B. Bonitätsdaten, Scoring-/Ratingdaten, Vermögenswerte),
- Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll),
- Daten darüber, wie Sie unsere angebotenen Telemedien nutzen (z. B. Zeitpunkt des Aufrufs unserer Webseiten, Apps oder Newsletter, angeklickte Seiten bzw. Einträge),
- Werbe- und Vertriebsdaten zur Person, über Sachwerte und Liquiditäts- sowie Finanzplanung,
- Daten zu Kundenkontakten und Vorgangsbearbeitung.

5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Aufgaben der Datenverarbeitung für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Das betrifft Sie, wenn ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht. In diesem Fall werden Ihre Daten dann zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet, z. B.

- zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten,
- für den telefonischen Kundenservice,
- zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung,
- für In- und Exkasso,
- zur gemeinsamen Postbearbeitung.

In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Deshalb kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln. Nur so kann sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen.

Vermittler:

Werden Sie bzgl. Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Unser Unternehmen übermittelt diese Daten auch an die Sie betreuenden Vermittler. Dies erfolgt soweit die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt werden.

Externe Dienstleister:

Um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen, bedienen wir uns zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang entnehmen. Die jeweils aktuelle Version dieser Liste finden Sie auf unserer Internetseite unter www.signal-iduna.de/Dienstleisterliste.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln. Das betrifft Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Strafverfolgungsbehörden oder Aufsichtsbehörden), andere private Krankenversicherer zwecks Weitergabe der Übertragungswerte in der Krankenvollversicherung oder solche für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben.

6 Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Ihre personenbezogenen Daten können für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Hier gelten gesetzliche Verjährungsfristen von drei oder bis zu 30 Jahren. Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

7 Betroffenenrechte

Sie können über die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Verantwortlichen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie verlangen, dass Ihre Daten berichtigt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie auch verlangen, dass Ihre Daten gelöscht werden. Ihnen kann weiterhin ein Recht zustehen, dass Ihre Daten nur eingeschränkt verarbeitet werden. Sie haben ebenfalls das Recht, dass Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung gestellt werden.

8 Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung (inkl. Profiling) zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Der Widerspruch wirkt für die Zukunft und kann formfrei erfolgen. Bitte richten Sie den Widerspruch an die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Verantwortlichen.

9 Beschwerderecht

Sie können sich mit einer Beschwerde an die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde wenden. Die für Sie zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen,

deren Kontaktdaten Sie auf unserer Homepage unter www.signal-iduna.de/datenschutzbeschwerde finden.

10 Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggfs. Geburtsdatum) im Rahmen der Antragsprüfung aufgrund Ihrer Einwilligung oder im Verlauf der Geschäftsbeziehung aufgrund eines berechtigten Interesses zum Zweck der Bonitätsprüfung und dem Bezug von Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos, die auf Basis von mathematisch-statistischen Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten ermittelt wurden, an

- Infoscore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden.
- Creditreform Dortmund/Witten Scharf KG, Phoenixseestraße 4, 44263 Dortmund oder
- Creditsafe Deutschland GmbH, Schreiberhauerstraße 30, 10317 Berlin.

Bei den o. g. Unternehmen können Sie detaillierte Informationen i. S. d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. einholen. Für ICD finden Sie diese unter <http://www.finance.arvato.com/icdinfolblatt>.

11 Datenübermittlung in ein Drittland

Datenübermittlungen an Empfänger in Drittländern (Länder außerhalb der EU und des Europäischen Wirtschaftsraums) ergeben sich z. B. im Rahmen der Administration, der Entwicklung und des Betriebs von IT-Systemen. Die Übermittlung erfolgt nur, wenn diese

- a) grundsätzlich zulässig ist und
- b) die besonderen Voraussetzungen für eine Übermittlung in ein Drittland vorliegen.

Insbesondere der Datenimporteur muss geeignete Garantien nach Maßgabe der EU-Standarddatenschutzklauseln für die Übermittlung personenbezogener Daten an Auftragsverarbeiter in Drittländer gewährleisten. Grundlage sind die Bestimmungen der Datenschutzgesetze.

Besonderheiten ergeben sich, wenn sich der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person in einem Drittland befinden. Dann kann es erforderlich sein, Daten im Einzelfall in ein Drittland ohne geeignete Garantien zu übermitteln. Das kann z. B. der Fall sein, wenn Sie einen Leistungsfall haben und wir Ihnen nur so helfen können.

Wenn im Einzelfall Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

Detaillierte Informationen können Sie bei Bedarf über die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Verantwortlichen anfordern.

12 Vollautomatisierte Entscheidungen und Profiling

Vollautomatisierte Entscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben entscheiden wir in bestimmten Fällen vollautomatisiert z. B. über

- das Zustandekommen oder die Umstellung Ihres Vertrages,
- tariflich geregelte Beitragsanpassungen und -rückerstattungen,
- die Erstattung von Versicherungsleistungen,
- Maßnahmen im Rahmen des Forderungsmanagements.

Die Entscheidungsfindung erfolgt über vorher vom Unternehmen festgelegte Regelungen und Methoden. Diese werden z. B. abgeleitet aus

- gesetzlichen Vorgaben,
- Versicherungs- und Tarifbedingungen,
- Annahmerichtlinien,
- verbindlichen Entgeltregelungen für Heilbehandlungen (z. B. Gebührenordnungen für Ärzte sowie Zahnärzte),
- Angaben zum Zahlungsverhalten in Verbindung mit den fälligen Beiträgen oder
- weiteren Bearbeitungsrichtlinien.

Diese Kriterien werden in Bezug zu Ihren für die Entscheidung relevanten Daten gesetzt. Das können z. B. Vertragsdaten, Leistungsdaten und Daten zur Beitragszahlung sein.

Wenn Sie Fragen zu einer Sie betreffenden Entscheidung haben oder falls Sie mit der Entscheidung nicht einverstanden sind, wenden Sie sich gerne über die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Verantwortlichen an unsere Mitarbeiter. So können Sie das Eingreifen einer Person bewirken, Sie können Ihren Standpunkt darlegen und offene Fragen zu dem Vorgang klären.

Profiling

Wir verarbeiten Ihre Daten teilweise automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten (Profiling). Dazu verwenden wir mathematisch-statistisch anerkannte und bewährte Verfahren.

Wir setzen Profiling z. B. zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Vertragsanbahnung ein.

Auf Basis der berechtigten Interessen des Versicherers gem. Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO nutzen wir Profiling beispielsweise,

- um Sie zielgerichtet über Produkte informieren und beraten zu können. Dafür werden Ihre Daten über geeignete Verfahren bereitgestellt. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung. Eingeschlossen sind hier auch die Markt- und Meinungsumfragen,
- um mit einem Marketingscore werbliche und bedarfsgerechte Zielgruppenansprache vornehmen zu können. Dazu werden Name, Anschrift und Geburtsdatum an eine Auskunft übermittelt, die in der Dienstleisterliste aufgeführt ist. Detaillierte Informationen über die Auskunft, z. B. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. können Sie bei dem genannten Unternehmen jederzeit einholen,
- um Kundenzufriedenheitsbefragungen gezielt durchführen zu können. Aus den Befragungsergebnissen erhalten wir Erkenntnisse, um unseren Service zu verbessern und unsere Prozesse zu optimieren.

Sollten Sie uns Ihre entsprechende Einwilligung erteilen, können wir Profiling zusätzlich einsetzen, um Ihnen bedarfsgerechte Serviceleistungen im Krankheitsfall sowie Vorsorgeleistungen zur Verfügung stellen zu können.

Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe

Nachstehend erhalten Sie zu Ihrer Information eine Übersicht der mit den verschiedenen Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe kooperierenden Unternehmen. Im Rahmen von Antrags-, Vertrags- und Schadenbearbeitungen sowie der Betreuung durch zuständige Vermittler kann eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an diese Unternehmen erforderlich werden. Der Aufstellung können Sie zusätzlich entnehmen, an welche der Unternehmen ggf. auch Gesundheitsdaten weitergeleitet werden.

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

<ul style="list-style-type: none"> ● SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. * ● SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. * ● SIGNAL IDUNA Unfallversicherung a. G. * ● SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG * ● SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG * ● SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG * ● PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft * ● ADLER Versicherung AG * ● SIGNAL IDUNA Sterbekasse VVaG * ● DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG * 	<ul style="list-style-type: none"> ● DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft ● HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH ● HANSAINVEST Real Assets GmbH ● SIGNAL IDUNA Versorgungskasse e.V. ● SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH ● SIGNAL IDUNA Bauspar AG ● SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung ● SIGNAL IDUNA Select Invest GmbH ● SDV - Servicepartner der Versicherungsmakler AG
--	--

Übersicht der wichtigsten Partner und von den Versicherungsgesellschaften (siehe *) beauftragten Dienstleister a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer/ Partner	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten	Übermittlung an Drittländ	Garantien
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	ROLAND Assistance GmbH	Kundenservice, telefonischer Kundendienst, Unterstützung bei Pflege-Leistungsfällen und Erbringung von Assistance- und Serviceleistungen für Versicherte	ja	nein	
	Schröder Assistance und Consulting GmbH	Kundenservice, telefonischer Kundendienst	ja	nein	
	Majorel Wilhelmshaven GmbH	Kundenservice, telefonischer Kundendienst	ja	nein	
	BSGV Bochumer Servicegesellschaft für Versicherer mbH	Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja	nein	
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein	nein	
	Actineo GmbH	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja	nein	
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst, Erbringung von Assistance- und Serviceleistungen für Versicherte im Ausland	ja	nein	
	IHR Rehabilitations-Dienst GmbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst, Assistancelösungen	ja	nein	
	ARA GmbH – Auto- und Reise-Assistance	Durchführung und Vermittlung sowie Schadenregulierung von Assistance- und Serviceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja	nein	
	KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwalts-gesellschaft mbH	Forderungsmanagement	nein	nein	
	HFG Inkasso GmbH	Langzeitverfolgung von Forderungen	nein	nein	
	Infoscore Consumer Data GmbH	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Creditreform Dortmund/Witten Scharf KG	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Creditsafe Deutschland GmbH	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Canon Deutschland Business Service GmbH	Druck und Versand von Kundenbriefen	ja	nein	
Deutsche Post AG	Identifikation und Legitimation von Personen durch das Postident-Verfahren	nein	nein		
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit	ja	nein	
	MedX GmbH, Hamburg	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja	nein	
	IBM Deutschland GmbH	Übermittlung / Anreicherung von Gesundheitsdaten, Betrieb von Software	ja	nein	
	LM+ Leistungsmanagement GmbH	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja	nein	
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.; SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG; SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG	Xempus AG	Beratungs- und Angebotssoftware	ja	nein	
	Pro Claims Solutions GmbH	Unterstützung bei BU-Leistungsfällen	ja	nein	
	Swiss Post Solutions GmbH	Unterstützung in der Antrags-/ Vertragsbearbeitung	ja	nein	
	Creditreform Hamburg von der Decken KG	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	CRIF Bürgel GmbH	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Info Partner KG	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	

**Übersicht der wichtigsten Partner und von den Versicherungsgesellschaften (siehe *) beauftragten Dienstleister
a) in Einzelnenennung - Fortsetzung**

Auftraggeber	Auftragnehmer/ Partner	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten	Übermittlung an Drittland	Garantien
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG	KASKO Germany UG	Online-Vertragsschluss und Vertragsverwaltung	nein	nein	
	ALLCURA Versicherungs-AG	Antragsprüfung und Underwriting	nein	nein	
	Swiss Re Europe S.A. Niederlassung Deutschland	Auswertung von Telematikdaten	nein	nein	
	Perseus Technologies GmbH	Schadenbehebung, Erste-Hilfe-Hotline	nein	nein	
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft, ADLER Versicherung AG	VdS Schadenverhütung GmbH	Risikoermittlung im Zusammenhang mit Überschwemmung, Rückstau und Starkregen	nein	nein	
	SkenData GmbH	Ermittlung des Versicherungswertes	nein	nein	

b) in Kategorien von Dienstleistern

Auftraggeber	Dienstleistungskategorie	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten	Übermittlung an Drittland**	Garantien
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Konzerninterne Dienstleistungen	Vertrieb, Abschluss, Abwicklung und Verwaltung von Verträgen, Buchhaltung	ja	nein	
	IT-Dienstleistungen / Rechenzentrum / Backup-Rechenzentrum / Online-Anträge und Abschlüsse	Bereitstellung von IT-Kapazitäten, Hard- und Software einschließlich Wartung	ja	ja	Standarddatenschutz-klauseln / Standardvertrags-klauseln
	Wirtschaftsauskunftsunternehmen, Adressermittler	Recherchen, Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	Buchprüfung	ja	nein	
	Ärzte, Gutachter, Dolmetscher	Med. Untersuchungen, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	ja	nein	
	Assisteure, Reha-Dienste	Erbringung Assistancleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja	ja	Standarddatenschutz-klauseln / Standardvertrags-klauseln
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein	nein	
	Aktenlagerung, Aktenvernichtung, Entsorgung	Archivierung und Vernichtung von Akten und Unterlagen, Daten- und Datenträgerentsorgung/-vernichtung	ja	nein	
	Telefonischer Kundendienst	Telefonische Entgegennahme von Kundenanliegen, Leistung	ja	nein	
	Markt- und Meinungsforschungsinstitute	Durchführung von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, Kunden- und Außendienstbefragungen	nein	nein	
	Inkassounternehmen	Realisierung von titulierten Forderungen	nein	nein	
	Rechtsanwaltskanzleien	Anwaltliche Dienstleistung in begründeten Einzelfällen, Forderungseinzug	ja	nein	
	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja	nein	
	Werkstätten, Handwerksbetriebe, Mietwagenunternehmen	Reparaturen, Sanierungen, Ersatz	nein	ja	Standarddatenschutz-klauseln / Standardvertrags-klauseln
	Regulierungsbüros	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja	nein	
	Digitale Agenturen	Erstellung und Verwaltung von Online Inhalten, Homepages der Aussendienstpartner	ja	nein	
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.	Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller	Hilfsmittelversorgung, Begutachtungen zur Hilfsmittelversorgung, aktive Kundenunterstützung	ja	nein	
	Kliniken	Krankenversorgung, Begutachtungen	ja	nein	
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.; SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG; SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG	Rückversicherer	Unterstützungsleistungen und Begutachtungen im Antragsverfahren und im Rahmen der Leistungsprüfung	ja	nein	
	Onlinebasierte Risikoprüfungsplattform	Antragsaufnahme	ja	nein	
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG; ADLER Versicherung AG	Assekuradeure	Antrags-/Vertragsbearbeitung, Inkasso, Sachschadenregulierung	ja	nein	

** Die Angabe, dass Daten bei Erforderlichkeit zweckbestimmt in ein Drittland übermittelt werden, erfolgt bereits, wenn dies nur auf einen einzelnen Dienstleister innerhalb einer Kategorie zutrifft.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen,

einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,

- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

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

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0231 135-4638

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@signal-iduna.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Der Monatsbeitrag ist im Versicherungsschein in der Spalte „Ihr Gesamtmonatsbeitrag (inkl. aller versicherten Personen)“ genannt.

Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Aufstellung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;

2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung