Teil III Tarif AmbulantPLUS
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

AmbulantPLUS

Produktlinie **Ambulant**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

100 % Sehhilfen bis 375 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
100 % LASIK-Zuschuss bis 1.000 EUR alternativ zur Sehhilfeversorgung
100 % Restkosten für Hilfsmittel bis 750 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 750 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
80 % Naturheilkunde und Heilpraktikerleistungen sowie alternative Arzneimittel bis 750 EUR im Kalenderjahr
100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

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 Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Sehhilfen
2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
3 Hilfsmittel
4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
6 Arzneimittel
7 Gesetzliche Zuzahlungen
8 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften

D Sonstige Bestimmungen
1 Kostennachweise
2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
3 Vorleistungen

E Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantPLUS (AmbulantPLUSpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Ende der Versicherungsfähigkeit
4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur)

Fassung 01.2013

Tarif AmbulantPLUS
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif AmbulantPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die deutsche GKV und besteht auch kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

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

1 Sehhilfen
Die tariflichen Leistungen für Brillen (Gestell und Gläser) und Kontaktlinsen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 375 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) entsteht ein Anspruch auf Erstattung der ambulanten Kosten für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) zu 100 % bis zu 1.000 EUR insgesamt für beide Augen; ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit.

Die tarifliche Leistung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS. Zeiten einer aktiven Versicherung nach Tarifen der Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. werden berücksichtigt; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden jedoch nicht berücksichtigt. Bei einem Wechsel aus dem Tarif AmbulantSTARTpur in den Tarif AmbulantPLUS werden die Zeiten der aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur ebenfalls berücksichtigt. Dies gilt allerdings nur für den geringeren Leistungsbetrag nach Tarif AmbulantSTARTpur (500 EUR); nach Ablauf von weiteren drei Kalenderjahren seit Tarifbeginn dieses Tarifs entsteht der volle Anspruch (1.000 EUR).

Wird der Anspruch auf Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur ganz oder teilweise beansprucht, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauffolgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen gemäß Abschnitt B 1.

3 Hilfsmittel
Die Leistungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 750 EUR pro Kalenderjahr.

4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten. Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge.
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen.
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 750 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
- von Heilpraktikern oder Ärzten im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde,
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

Erstattungsfähig sind auch wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Die o. g. erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sowie für naturheilkundliche Leistungen sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 6 insgesamt begrenzt auf 750 EUR pro Kalenderjahr.

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

6 Arzneimittel
Erstattungsfähig sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, welche vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Voraussetzung ist auch, dass die Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt sind oder sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind auch naturheilkundliche Arzneimittel, welche im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Heilmethoden gemäß Abschnitt B 5 vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden; diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Die o. g. erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für Arzneimittel sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 5 insgesamt begrenzt auf 750 EUR pro Kalenderjahr.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

7 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V),
- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V),
- Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind insgesamt begrenzt auf 250 EUR pro Kalenderjahr.

1353701.pdf Jan13 Seite 2 von 3

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

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland je bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

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

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge 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 Sonstige Bestimmungen

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

2 Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantPLUS genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif Ambulant-PLUS für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

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

E Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantPLUS (AmbulantPLUSpur)

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

1 Tarifbezeichnung
Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch "pur" ergänzt (AmbulantPLUSpur).

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif AmbulantPLUS bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

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

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur)
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. bzw. 45. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.