

Teil III Tarife GE-TOP-S und R-GE-TOP-S

Ergänzungstarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

GE-TOP-S

Die Tarife GE-TOP-S und R-GE-TOP-S gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Der Tarif GE-TOP-S bzw. R-GE-TOP-S kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GE-TOP-S bzw. R-GE-TOP-S.

1.2 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten für Zahnersatz nach B 1.5 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 80% die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für:

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

Die Erstattung der vorgenannten Zuzahlungen ist auf insgesamt 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

1.2 Hilfsmittel

Erstattet werden zu 80% die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für folgende Hilfsmittel:

Hörgeräte, Sprechgeräte, Krankenfahrstuhl, Prothesen und Perücke nach Haarausfall infolge einer Chemotherapie.

Die Erstattung der Kosten für die vorgenannten Hilfsmittel ist auf insgesamt 550 EUR im Kalenderjahr begrenzt.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

1.3.1 Erstattet werden zu 80% alle 2 Kalenderjahre

a) Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind.

b) Erweiterte Vorsorgeuntersuchungen ab dem 30. Lebensjahr im Rahmen eines Life-Style-Checks (Beratung, EKG, Blutdruckmessung, Bestimmung Body-Mass-Index, Labor).

c) Im Rahmen der Schlaganfallvorsorge ab dem 50. Lebensjahr die Untersuchung der Hirngefäße mittels Ultraschall/Duplex-Sonographie.

d) Im Rahmen der Hautkrebsvorsorge ab dem 25. Lebensjahr eine videosystemgestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen.

Die Erstattung der vorgenannten Untersuchungen ist auf insgesamt 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

1.3.2 Für erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, welche nicht in den "Kinder-Richtlinien" für Neugeborene genannt sind, werden 80% bis maximal 200 EUR erstattet.

1.3.3 Für Schutzimpfungen im Rahmen von Reisen werden die Kosten für Hepatitis A, FSME und Typhus zu 80% insgesamt bis maximal 200 EUR erstattet.

1.4 Naturheilkunde durch Ärzte und Heilpraktikerleistungen
Erstattet werden zu 80% bis 550 EUR pro Kalenderjahr die Kosten für Heilpraktikerleistungen sowie naturheilkundliche Leistungen von Ärzten einschließlich der während der Behandlung verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, naturheilkundlichen Arzneimittel.

Erstattungsfähig sind wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit ärztliche Leistungen im Rahmen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Heilpraktikerleistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker

(GebüH85) abgerechnet werden, sowie wissenschaftlich anerkannte Arzneimittel.

Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

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).

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Zahnersatz

1.5.1 Erstattungsfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 10% der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

In Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern A 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 10% erstattet.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf max. 6 Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (10%) = 100 EUR).

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

1.5.3 Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

1.5.4 Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 100 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 150 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 200 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 250 EUR begrenzt.

Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr.

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

1.5.5 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

1.6 Krankenhausleistungen

1.6.1 Erstattungsfähig sind Kosten und Zuzahlungen bei einer medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sowie für medizinisch notwendige Fahrkosten zur und von einer stationären Behandlung zum Krankenhaus bzw. zum Wohnort.

1.6.2 Erstattet werden zu 100%

a) die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis

zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird für jeden Tag der Krankenhausbehandlung eine Selbstbeteiligung von 30 EUR abgezogen. Die Selbstbeteiligung entfällt, sofern es sich um einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt handelt.

- b) die Mehrkosten, welche bei den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntgG) verbleiben, wenn ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt wird, sofern es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gem. § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gem. § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Für medizinisch notwendige Heilbehandlungen in Krankenhäusern, die gem. § 108 SGB V für die GKV nicht zugelassen sind bzw. mit denen gem. § 109 SGB V kein Versorgungsvertrag geschlossen wurde, werden Kosten in Höhe von maximal 100 EUR für allgemeine Krankenhausleistungen pro Kalendertag erstattet.

Der Versicherer ist bei planbaren stationär notwendigen Krankenhausaufenthalten rechtzeitig vor Aufnahme in das Krankenhaus über die Behandlungsmaßnahme zu informieren.

- c) die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs. 4 SGB V) sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für stationäre Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

1.6.3 Belegärztliche Leistungen werden wahlärztlichen Leistungen gleichgestellt, wenn der Belegarzt zur Abrechnung privatärztlicher Leistungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen teilstationären bzw. stationären Behandlung nach der GOÄ berechtigt ist. Erstattet werden 100% der Restkosten, die nach Vorleistung der GKV für belegärztliche Behandlungen verbleiben.

1.6.4 Nicht erstattet werden, mit Ausnahme der Aufwendungen gemäß 1.6.2 b) und 1.6.3, die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der BPFIV bzw. des KhEntgG sowie für die Inanspruchnahme von Belegärzten, Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern sowie die Kosten einer teilstationären Dialysebehandlung.

1.7 Krankenhaustagegeld

Der Versicherte erhält

1.7.1 ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn er während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine Leistungen von Belegärzten gem. 1.6.3, in Anspruch nimmt.

1.7.2 ein Krankenhaustagegeld von 15 EUR, wenn er für den gesamten Aufenthalt auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft verzichtet.

1.8 Rooming in

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

1.9 Ambulante Vor- und/oder Nachuntersuchung

Die Kosten der ambulant, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer im Krankenhaus stationären leistungspflichtigen Behandlung, privatärztlich durchgeführten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den Arzt, der auch die Hauptleistungen der stationären Krankenhausbehandlung durchführt.

1.10 Ambulante Operationen

Der Versicherte erhält eine Pauschale von 250 EUR pro Maßnahme ausgezahlt, wenn eine ambulante Operation bzw. ein sonstiger stationärsersetzender Eingriff gemäß § 115 b SGB V durchgeführt wird.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

D Sonstige Bestimmungen

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

2 Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden.

Sind zustehende Geld- bzw. Sachleistungen der GKV für die im Tarif GE-TOP-S bzw. R-GE-TOP-S genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif GE-TOP-S bzw. R-GE-TOP-S für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der GKV auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV ist dies durch eine Bescheinigung der GKV zu bestätigen.

4 Belege können einzeln oder gesammelt jederzeit eingereicht werden. Sofern mehr als einmal pro Kalenderjahr der Gesamtrechnungsbetrag je Leistungsabrechnung den Betrag von 200 EUR unterschreitet, werden zusätzlich vom Erstattungsbetrag 20 EUR abgezogen, maximal jedoch der tatsächliche Erstattungsbetrag.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE-TOP-S

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-GE-TOP-S noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähig sind Personen,

- die in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten
- die eine Schulausbildung an weiterführenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben
- die nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Anspruch auf Familienversicherung haben. Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs.

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul-, Studienzeit oder der Anspruch auf Familienversicherung endet oder um mehr als 6 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

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

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von 2 Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterswerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Absatz 2 Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Kostenberatung und rechtliche Unterstützung

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, so dass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise
- bei einer Kürzung von mindestens 300 Euro in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung der SIGNAL Krankenversicherung a. G. geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.