

---

**Teil III Tarif AmbulantBASISpur  
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte**

---

**AmbulantBASISpur**  
Produktlinie Ambulant

**Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:**

**Ambulante Behandlung**

- 100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 125 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
- 100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 125 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 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
- 2 Gesetzliche Zuzahlungen
- 3 Heilbehandlung im Ausland

**C Anpassungsvorschriften**

**D Sonstige Bestimmungen**

- 1 Kostennachweise
- 2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
- 3 Vorleistungen

**Tarif AmbulantBASISpur  
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III**

**Der Tarif AmbulantBASISpur 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)**

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.:

**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 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, Schiellvorsorge, 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 125 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

**2 Gesetzliche Zuzahlungen**

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (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 125 EUR pro Kalenderjahr.

**3 Heilbehandlung im Ausland**

Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn dieses Tarifs (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 a Teil I und II)**

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 § 8 a Abs. 2 Teil I.

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

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

Im Falle einer Anpassung nach § 8b 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 AmbulantBASISpur genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif AmbulantBASISpur 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.