Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif PNmed mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2019 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

II. Versicherungsleistungen

Der Tarif PNmed wird in den **Tarifstufen PNmed I** und **PNmed II** angeboten, die teilweise unterschiedliche Leistungen vorsehen.

Vereinbarte Selbstbeteiligung

Die Leistungen nach den Buchstaben **A, B und F** vermindern sich **insgesamt** für das Jahr, in dem die Aufwendungen entstanden sind*, um die vereinbarte Selbstbeteiligung. Sie beträgt für:

	Tarifstufe	
	PNmed I	PNmed II
Frauen	1.290 EUR	1.300 EUR
Männer	1.290 EUR	1.320 EUR
Weibliche Personen in der Ausbildung nach Abschnitt IV	680 EUR	670 EUR
Männliche Personen in der Ausbildung nach Abschnitt IV	670 EUR	670 EUR
Kinder und Jugendliche (zum Kinder- oder Jugendlichenbeitrag Versicherte)	660 EUR	660 EUR

Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und je Kalenderjahr. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 01.01., mindert sich die Selbstbeteiligung für dieses Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung der Versicherung nach Tarif PNmed.

* Maßgebender Zeitpunkt ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arzneien, Verband- und Hilfsmitteln sowie von Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art.

A. Ambulante Krankenhilfe

Aufwendungen für Nr. 1 - 8 werden mit 100 % erstattet.

Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits nach den Buchstaben B und F berücksichtigt wurde.

1. Ärztliche Leistungen (insbesondere Beratungen, Besuche sowie Untersuchungen, Operationen - soweit diese nicht unter den Leistungsbereich D fallen -, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie) und vom nächsten Arzt berechnete Wegegebühren

2. Arzneien und Verbandmittel

3. Heilmittel
   Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, Heilbäder, Kälte- und Wärmeanwendungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie, podologische Therapie sowie sonstige physikalische Therapien sind in

   a) **Tarifstufe PNmed I** erstattungsfähig,
   b) **Tarifstufe PNmed II** nur erstattungsfähig, wenn sie zur Behandlung von Unfallfolgen verordnet werden.

4. Bis zu 20 durch einen Arzt oder einen in eigener Praxis bzw. in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen je versicherte Person in einem Kalenderjahr
   Im vorgenannten Rahmen werden auch durch einen Arzt verordnete psychotherapeutische Behandlungen erstattet.

5. Hilfsmittel
   - Sehhilfen
     a) in **Tarifstufe PNmed I** Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 180 EUR, Brillengläser, Kontaktlinsen
     b) in **Tarifstufe PNmed II** Brillengestelle und Brillengläser zusammen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 250 EUR, Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 250 EUR
   - Geh- und Stützapparate einschließlich Liegeschalen, Nachtschienen, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR, orthopädische Schuheinlagen, Mehrkosten für orthopädische Schuhe, orthopädische Leibbandagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, künstliche Augen, Hörgeräte

6. Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, Beatmungsgeräte)

7. Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit

8. Brechkraftverändernde Augenoperationen (z. B. Lasik-Operationen)

B. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Aufwendungen für Nr. 1 - 8 werden mit 100 %, Aufwendungen für Nr. 9 mit 90 % (PNmed I) bzw. 70 % (PNmed II) erstattet.

Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits nach den Buchstaben A und F berücksichtigt wurde.

1. Konservierende Leistungen (z. B. Inlays und Onlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen
2. Prothetische Leistungen (Kronen, Brücken und Zahnersatz) und implantologische Leistungen (Implantate)
3. Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
4. Zahnärztliche Strahlendiagnostik
5. Kieferorthopädische Leistungen
6. Zahnärztliche prophylaktische Leistungen
7. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
8. Professionelle Zahnreinigung zweimal im Kalenderjahr
9. Nach der GOZ besonders berechnete zahntechnische Leistungen und besonders berechnete Praxiskosten für Implantate sind in
   a) **Tarifstufe PNmed I** mit 90 %
   b) **Tarifstufe PNmed II** mit 70 %
   erstattungsfähig.

In dem Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und in dem darauf folgenden Kalenderjahr erstattet der Versicherer je versicherte Person jeweils bis zu 1.000 EUR; nach Ablauf des 2. Kalenderjahres entfällt diese Begrenzung. Die Aufwendungen gelten im Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Die Begrenzung gilt nicht für unfallbedingte Aufwendungen.

Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen und Heil- und Kostenpläne erstattet der Versicherer bei den Leistungen nach Nr. 1 - 9 im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ) mit.

C. Stationäre Krankenhausbehandlung

Aufwendungen für Nr. 1 - 4 werden mit 100 % erstattet. In Tarifstufe PNmed II besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Nr. 2.

1. Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Unterliegt das Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme der Allgemeinen Pflegeklasse einschließlich ärztlicher Leistungen und medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten.

2. Wahlleistungen
a) In **Tarifstufe PNmed I** sind Aufwendungen für Wahlleistungen erstattungsfähig.
b) In **Tarifstufe PNmed II** sind Aufwendungen für Wahlleistungen <u>nicht</u> erstattungsfähig.

Als Wahlleistungen gelten: Gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Behandlung - auch in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt.

Ersatzkrankenhaustagegeld für in **Tarifstufe PNmed I** versicherte Personen: Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung ausschließlich als Wahlleistung die gesondert berechenbare Unterkunft Zweibettzimmer in Anspruch nimmt, erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld von 16 EUR. Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung ausschließlich Allgemeine Krankenhausleistungen nach Nummer 1 in Anspruch, erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld von 66 EUR.

Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

3. Leistungen der Belegärzte

4. Medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus

D. Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe

Folgende Aufwendungen werden mit 100 % erstattet.

Leistungen für ambulante Operationen durch niedergelassene Ärzte und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus, soweit dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 ersetzt wird.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören:

- Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation oder dem stationsersetzenden Eingriff stehen,
- der operative Eingriff,
- die Anästhesie,
- die im Zusammenhang mit der Operation in Auftrag gegebene pathologische Untersuchung und Laboruntersuchung,
- medizinisch notwendige Fahrten zum und vom nächsten grundsätzlich zur Vornahme des Eingriffs geeigneten niedergelassenen Arzt oder Krankenhaus.

Ein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld besteht nicht.

E. Entbindung

Der Versicherungsnehmer erhält Leistungen für:

1. Häusliche Entbindung nach A.

2. Entbindung im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene nach C.

Dazu gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger.

F. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizleistungen

Aufwendungen für Nr. 1 und 2 werden mit 100 % erstattet.

Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits nach den Buchstaben A und B berücksichtigt wurde.

1. Der Versicherer erstattet Aufwendungen nach Buchstabe A für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich palliativpflegerischer Leistungen (Abschnitt III Nr. 7.5).

2. Für versicherte Personen, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erstattet der Versicherer unter Anrechnung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für stationäre Hospizleistungen nach Buchstabe C Nr. 1, wenn eine Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht gewährleistet werden kann.

Anmerkung zu A bis D und F

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen, die in der GOÄ und der GOZ in den jeweils gültigen Fassungen aufgeführt sind.
a) In **Tarifstufe PNmed I** erstattet der Versicherer bis zum 3,5fachen Satz der GOÄ oder der GOZ.
b) In **Tarifstufe PNmed II** erstattet der Versicherer für
   - Leistungen nach dem Abschnitt M der GOÄ und für GOÄ Nr. 437 bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ
   - Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ,
   - die übrigen Leistungen bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ oder der GOZ.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (z. B. wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

2. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche psychotherapeutischen Leistungen, die in der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind.

a) In **Tarifstufe PNmed I** erstattet der Versicherer bis zum 3,5fachen Satz der GOP.
b) In **Tarifstufe PNmed II** erstattet der Versicherer bis zum 2,3fachen Satz der GOP.

Nr. 1 letzter Satz gilt entsprechend.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen ohne Beihilfeanspruch, die approbierte Ärzte oder Studenten der Humanmedizin sind, der Ehegatte oder Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz dieser Personen sowie deren unterhaltsberechtigte Kinder.

Der Versicherer kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

2 Beitragsfestsetzung

Bei Abschluss oder Änderung der Versicherung - auch bei Beitragsanpassung - gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Abschluss, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8a MB/KK 2009 anzuwenden.
Für Kinder und Jugendliche gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des nächsten Lebensjahres ist vom darauf folgenden Monatsersten an der Beitrag für das neue tarifliche Lebensalter zu zahlen.

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres ist vom folgenden Monatsersten an der niedrigste Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

3 Freiwillige Leistungen

Für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ oder der GOZ aufgeführt sind, kann der Versicherer freiwillige Leistungen erbringen.

4 Leistungsanpassung

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif sichert durch die prozentuale Kostenerstattung eine automatische Anpassung der Leistungen an steigende Behandlungskosten, ohne dass für die höheren Leistungen neue Wartezeiten abzuleisten oder Risikozuschläge für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten zu zahlen sind.

Betragsmäßige Leistungsbegrenzungen und Tagegelder sowie die Selbstbeteiligung nach Tarif PNmed kann der Versicherer der Kostenentwicklung anpassen, sobald Beitragsänderungen (Nr. 7.11) in Kraft treten.

5 Beitragsrückerstattung (BRE)

5.1 An einer Ausschüttung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen vollbeitragspflichtig* oder nach den Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten (BBA) versicherte Person teilnahmeberechtigt, die die Voraussetzungen nach Nr. 5.1.1 bis 5.1.3 erfüllt.

5.1.1 **Leistungsfreiheit**: Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Versicherungsleistungen des Versicherers erbracht.

5.1.2 **Beitragszahlung**: Die für das abgelaufene Kalenderjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet.

5.1.3 **Weiterbestehen der Versicherung**: Die Versicherung bestand vollbeitragspflichtig* oder nach den BBA bis zum 30. Juni des Folgejahres nach Tarifen fort, die eine BRE vorsehen; es sei denn, für die versicherte Person wurde die Versicherung nach dem 31. Dezember des abgelaufenen Kalenderjahres wegen Pflichtversicherung oder Tod geändert oder beendet.

5.2 Teilnahmeberechtigt sind auch im abgelaufenen Kalenderjahr versicherte Personen für nicht ganzjährig versicherte Zeiten
- der Vereinbarung der BBA oder
- der erstmaligen Vollbeitragspflicht* in einem Tarif mit BRE,

wenn für diese Zeiträume keine Versicherungsleistungen des Versicherers erbracht wurden und die Voraussetzungen der Nr. 5.1.2 und 5.1.3 erfüllt sind.

*Vollbeiträge sind nicht: Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens- oder Anwartschaftsbeiträge

6 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreibt der Versicherer der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

7 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

7.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt der Versicherungsschutz auch außerhalb Europas ohne besondere Vereinbarung.

7.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

7.3 Zu §§ 2 Abs. 1 und 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen
Bei einem Übertritt aus einem Krankheitskostenvolltarif des Versicherers wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet; im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten entsprechend.

Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft leistet der Versicherer ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

7.4 Zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2009: Wartezeiten
Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

7.5 Zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009: Umfang der Leistungspflicht und spezialisierte ambulante Palliativversorgung
Leistungen von Heilpraktikern sind nicht erstattungsfähig.

Der Versicherer leistet neben palliativärztlichen Leistungen auch für die im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten palliativpflegerischen Leistungen, die von geeigneten Einrichtungen und Personen erbracht werden. Als Leistungsvoraussetzung dient die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“.

7.6 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Medizinische Versorgungszentren
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tä-

tig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte abgerechnet wird. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

7.7 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
Als Arzneien gelten nicht Geheimmittel, Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

7.8 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a und c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht
§ 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 gilt nur für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

7.9 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originale der Rechnungen nachzuweisen. Die Belege müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen. Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Ebenfalls muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich.

7.10 Zu §§ 8 Abs. 1 und 5, 13 Abs. 1 und 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.

7.11 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

Die Selbstbeteiligung nach Abschnitt II Buchstaben A, B und F wird bei einer Beitragsanpassung an die allgemeine Einkommensentwicklung angepasst. Die Selbstbeteiligung steigt in dem Maße wie der Verbraucherpreisindex für Deutschland (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes).

7.12 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes
Die Vertragsbestimmung gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

7.13 Zu § 15 MB/KK 2009: Sonstige Beendigungsgründe
Das Versicherungsverhältnis endet außerdem für die jeweilige versicherte Person mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Es besteht zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit der Umstellung in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach § 1 Abs. 6 MB/KK 2009. Beantragt der Versicherungsnehmer für die versicherte Person spätestens zwei Monate nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit die Umstellung

a) von der **Tarifstufe PNmed I** in die Tarife PN, PNE oder
b) von der **Tarifstufe PNmed II** in den Tarif PNWS (ohne die Besonderen Bedingungen OZ für eine Optionszusage auf höheren Versicherungsschutz)

erfolgt die Umstellung ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten. Eine Umstellung in die o. g. Tarife ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfüllt sind.

IV. Besondere Bedingungen A für Ausbildungszeiten

1. Diese Besonderen Bedingungen können vereinbart werden für:

   a) Studenten der Humanmedizin und deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz,

   b) Ehegatten oder Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz des nach Tarif PNmed versicherten approbierten Arztes oder Studenten der Humanmedizin sowie die unterhaltsberechtigten Kinder, wenn sich diese Personen in der Berufsausbildung nach Vollendung des 20. Lebensjahres befinden und weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine Vergütung nach einem Tarifvertrag erhalten - ausgenommen Ausbildungsvergütungen.

2. Die vereinbarte Selbstbeteiligung nach Abschnitt II beträgt für weibliche Personen in der Ausbildung 680 EUR (PNmed I) bzw. 670 EUR (PNmed II) und für männliche Personen in der Ausbildung 670 EUR (PNmed I) bzw. 670 EUR (PNmed II).

3. Die in § 3 MB/KK 2009 vorgesehenen Wartezeiten werden erlassen.

4. Zur Berechnung der Beiträge bei Versicherungen mit den Besonderen Bedingungen A gilt als tarifliches Lebensalter bei Abschluss, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauf folgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag zu zahlen.

5. Mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsausbildung endet, spätestens jedoch vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 34. Lebensjahres folgt, fallen diese Besonderen Bedingungen für alle versicherten Personen weg; der Beitrag richtet sich nach dem erreichten tariflichen Alter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr). Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person die Berufsausbildung vorzeitig aufgibt oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbricht, sowie für den mitversicherten Ehegatten oder den mitversicherten Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, wenn dieser eine Berufstätigkeit aufnimmt.

6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen (Nr. 5) innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen.

7. Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird die Tarifbezeichnung um den Zusatz „A“ ergänzt.

V. Besondere Bedingungen M für die modifizierte Beitragszahlung

1. Gegenstand der Vereinbarung

Mit den Besonderen Bedingungen M kann der Versicherungsnehmer für jede versicherte Person eine modifizierte Beitragszahlung vereinbaren und dadurch eine Beitragssenkung im Alter erreichen.

Der Versicherungsnehmer hat für die gesamte Dauer der Versicherung einen zusätzlichen Beitragsanteil zu entrichten. Der zusätzliche Beitragsanteil ist von einer Beitragsrückerstattung für die Krankenversicherung nicht umfasst.

Für versicherte Personen kann der Versicherungsnehmer folgende Varianten vereinbaren:

- MedM65: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt,
- MedM67: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Die Bezeichnung dieser Besonderen Bedingungen lautet „Med I“ bzw. „Med II“, die um die Zusätze „M65/“ bzw. „M67/" und um den Umfang der vereinbarten Beitragssenkung ergänzt wird, z. B. Tarif PNmed I mit 50 EUR Beitragssenkung: „MedIM65/50" bzw. „MedIM67/50".

2. Voraussetzung

Die Besonderen Bedingungen M können nach Vollendung des 20. bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der zu versichernden Person vereinbart werden.

3. Umfang der Beitragssenkung

Der Versicherungsnehmer kann den Umfang der Beitragssenkung in Vielfachen von 5 EUR vereinbaren.
Bei In-Kraft-Treten der Beitragssenkung darf ein Mindestbeitrag von 50 % des dann gültigen niedrigsten Beitrags für Vollbeitragspflichtige ohne Vereinbarung der Besonderen Bedingungen M nicht unterschritten werden. Ist dadurch eine Beitragssenkung in vereinbartem Umfang nicht vollständig möglich, so werden die nicht beitragssenkend angerechneten Teile der Alterungsrückstellung der Rückstellung für die Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter nach den geltenden Bedingungen für zukünftige Beitragsermäßigungen gutgeschrieben.

Für versicherte Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, kann der Versicherungsnehmer eine (vorgezogene) Beitragssenkung beantragen. Dadurch fällt die Beitragssenkung niedriger aus, als ursprünglich vereinbart. Die Höhe ergibt sich aus den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen.

4. Planmäßige Erhöhung

Alle drei Jahre wird der Umfang der Beitragssenkung jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres um 10 % erhöht (aufgerundet auf ein Vielfaches von 5 EUR), sofern die versicherte Person das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der hierfür zu entrichtende Mehrbeitrag richtet sich nach dem dann erreichten tariflichen Lebensalter (Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr).

Die durch diese Erhöhungen hinzukommenden Beträge zur Beitragssenkung bleiben von den weiteren planmäßigen Erhöhungen des Umfangs der Beitragssenkung ausgenommen.

Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht oder den ersten erhöhten Beitrag nicht zahlt.

5. Beitragsanpassung

Die Bestimmungen der Musterbedingungen (MB/KK 2009) und die Tarifbestimmungen zur Beitragsberechnung und -anpassung gelten auch für den modifizierten Beitrag.

6. Kündigung

Kündigt der Versicherungsnehmer die Besonderen Bedingungen M und besteht für die versicherte Person ein Krankheitskostentarif mit Alterungsrückstellungen bei dem Versicherer, wird diesem die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung der Rückstellung für die Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter nach den geltenden Bedingungen gutgeschrieben. Ansonsten ergeben sich für den Versicherungsnehmer bei Kündigung keinerlei Rechte und Ansprüche aus den Besonderen Bedingungen M.

VI. Besondere Bedingungen OZ für eine Optionszusage auf Umstellung in Tarifstufe PNmed I

1. Gegenstand der Vereinbarung

Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen hat der Versicherungsnehmer der Tarifstufe PNmed II die Option, nach Ablauf des 3. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn oder nach Abschluss der ersten Facharztausbildung jeweils zu diesen Zeitpunkten den Versicherungsschutz ohne Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung in die Tarifstufe PNmed I zu dem dann gültigen Beitrag umzustellen. Ein bisher eventuell vereinbarter Risikozuschlag wird mit demselben Prozentsatz auf die Tarifstufe PNmed I übertragen.

Die Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen kann von einer Risikoprüfung abhängig gemacht werden.

Die genaue Bezeichnung der Besonderen Bedingungen OZ lautet: „PNmedOZ“.

2. Voraussetzung

Die Besonderen Bedingungen OZ können je versicherte Person ausschließlich beim erstmaligen Beginn der Versicherung nach Tarifstufe PNmed II vereinbart werden.

3. Umstellung

Wenn der Versicherungsnehmer die Umstellung in Tarifstufe PNmed I spätestens zwei Monate nach Ablauf des 3. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn oder nach Abschluss der ersten Facharztausbildung für die jeweilige versicherte Person beantragt, erfolgt die Umstellung ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten. Wird der Antrag nicht fristgemäß gestellt, wird der Versicherungsschutz zum 1. des auf den Antrag folgenden Monats umgestellt; der Versicherer kann dann einen Risikozuschlag verlangen und Wartezeiten vereinbaren.

4. Optionszuschlag

Zusätzlich zum Versicherungsbeitrag ist monatlich ein Optionszuschlag zu zahlen. Der Optionszuschlag ist von einer Beitragsrückerstattung für die Krankenversicherung nicht umfasst.

Der Optionszuschlag ist bis zum Ende der Besonderen Bedingungen OZ zu entrichten. Eine Rückzahlung ist ausgeschlossen.

5. Beendigung

Der Versicherungsnehmer kann die Besonderen Bedingungen OZ je versicherte Person zum nächsten Monatsersten kündigen.

Spätestens nach Ablauf des 6. Kalenderjahres nach erstmaligem Beginn der Versicherung nach Tarifstufe PNmed II endet die Option, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist dem Versicherer nach, dass sich die versicherte Person noch in der ersten Facharztausbildung befindet.

Mit der Beendigung der Tarifstufe PNmed II entfallen diese Besonderen Bedingungen.