

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif PNZ mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. März 2020 -

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

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

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

II. Versicherungsleistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland

1. Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz erstattet der Versicherer nach Abschnitt II C der Tarife PN, PNS oder PNWS. Dabei erhöht sich der Erstattungssatz von 70 % auf 90 %.

Für Versicherte nach den Tarifen PNS bzw. PNWS und PNZ bezieht sich die vereinbarte Selbstbeteiligung nur auf die Leistungen nach Tarif PNS bzw. nach Tarif PNWS; die Leistungsbegrenzung nach den Tarifen PNS bzw. PNWS und PNZ in dem Jahr des Versicherungsbeginns und in dem darauf folgenden Kalenderjahr ist zu 7/9 auf Tarif PNS bzw. Tarif PNWS und zu 2/9 auf Tarif PNZ aufzuteilen.

2. Aufwendungen für Nr. 2.1 bis 2.4 – Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland (Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland) bei einem dort unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall – erstattet der Versicherer mit 100 % unter Anrechnung von Versicherungsleistungen des Versicherers. Für Versicherte nach Tarif PNS bzw. nach Tarif PNWS gilt die einbehaltene Selbstbeteiligung als anzurechnende Versicherungsleistung nach Satz 1.

2.1 Ambulante und stationäre Heilbehandlung

2.2 Medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten oder zu einem grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport, wenn er ärztlich angeordnet ist und die im Aufenthaltsland vorhandenen medizinischen Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung des Versicherten zu befürchten ist.

2.3 Überführung bei Tod einer versicherten Person

2.4 Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären

III. Tarifbedingungen

1 Versicherungsfähigkeit

Voraussetzung für die Versicherung nach Tarif PNZ ist das Bestehen oder der gleichzeitige Abschluss einer Versicherung nach Tarif PN, nach Tarif PNWS oder nach Tarif PNS (Hauptversicherung).

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 wird vom folgenden Monatsersten an der niedrigste Erwachsenenbeitrag erhoben.

3 Freiwillige Leistungen

Für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ oder 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.

5 Beitragsrückerstattung

5.1 An einer Ausschüttung aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) ist jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen vollbeitragspflichtig* 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 Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten 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 Teilnahmerechtig sind auch im abgelaufenen Kalenderjahr Versicherte für nicht ganzjährig versicherte Zeiten der erstmaligen Vollbeitragspflicht* in einem Tarif mit BRE, wenn für diesen Zeitraum keine Versicherungsleistungen des Versicherers erbracht wurden und die Voraussetzungen der Nr. 5.1.2 und 5.1.3 erfüllt sind.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen

* 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 unseren technischen Berechnungsgrundlagen 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 MB/KK 2009: Wartezeiten
Bei Versicherungsleistungen nach Abschnitt II Nr. 1 gelten die Bestimmungen des § 3 Abs. 1 bis 3 und 6 MB/KK 2009; bei gleichzeitigem Abschluss mit Tarif PN, Tarif PNWS oder Tarif PNS (Hauptversicherung) gelten zusätzlich die Bestimmungen des § 3 Abs. 4 MB/KK 2009.
- Bei Versicherungsleistungen nach Abschnitt II Nr. 2 verzichtet der Versicherer auf Wartezeiten.
- 7.5 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) tätig 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.

- 7.6 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, 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.

- 7.7 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht
§ 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.
- 7.8 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originale der Rechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen beizufügen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie – nur bei Rechnungen aus dem Inland – 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. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.
- Bei Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- 7.9 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.
- 7.10 Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2009: Mahnkosten
Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 0,50 EUR.
- 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.

- 7.12 Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009: Mitgabe des Übertragungswertes
Für Versicherte mit einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag besteht das Recht, innerhalb des Unternehmens aus einem Tarif ohne kalkulierten Übertragungswert in diesen Tarif „mit kalkuliertem Übertragungswert“ oder „ohne kalkulierten Übertragungswert“ zu wechseln. Hierfür müssen die Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein.

Für Versicherte, die nach Satz 1 in einen Tarif mit kalkuliertem Übertragungswert gewechselt sind, gilt bei einem Wechsel zu

einem anderen Versicherer § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2009 entsprechend.

- 7.13 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- 7.14 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.

8 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif PNZ mit Beendigung der Hauptversicherung.