

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

### Tarif PNS mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2012 -

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

##### Vereinbarte Selbstbeteiligung:

Die Leistungen nach A bis E vermindern sich **insgesamt** für das Jahr, in dem die Aufwendungen entstanden\* sind, um die vereinbarte Selbstbeteiligung. Sie beträgt für:

	Tarifstufe	
	PNS I	PNS II
Frauen (zum Vollbeitrag Versicherte)	770 EUR	1.250 EUR
Männer (zum Vollbeitrag Versicherte)	760 EUR	1.250 EUR
Kinder und Jugendliche (zum Kinder- oder Jugendlichenbeitrag Versicherte)	370 EUR	600 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 PNS.

\* Maßgebender Zeitpunkt ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arzneien, Verband- und Hilfsmitteln.

##### A. Ambulante Krankenhilfe

###### Aufwendungen für Nr. 1 - 8 erstatten wir mit 100 %.

Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits bei den Leistungsbereichen B bis E berücksichtigt wurde.

1. Ärztliche Leistungen (insbesondere Beratungen, Besuche sowie Untersuchungen, Operationen, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie) und vom nächstwohnenden Arzt berechnete Wegegebühren

2. Leistungen durch Heilpraktiker (insbesondere Beratungen und Untersuchungen)

3. Arzneien und Verbandmittel

4. Heilmittel

Heilbäder, Packungen, Kammern, Inhalationen, Massagen, Wärme- und Lichtbehandlungen sowie sonstige physikalische Therapie

5. Bis zu 20 durch einen Arzt, Heilpraktiker 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 oder Heilpraktiker verordnete psychotherapeutische Behandlungen erstattet.

6. Hilfsmittel

Brillen und Kontaktlinsen (Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 180 EUR), Geh- und Stützapparate einschließlich Liegeschalen, Nachtschienen, Körperersatzstücke, Krankenfahrräder bis zu einem Rechnungsbetrag von 620 EUR, orthopädische Schuheinlagen, Mehrkosten für orthopädische Schuhe, orthopädische Leibbandagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, künstliche Augen, Hörgeräte, elektronischer Kehlkopf

7. Sachaufwendungen medizinisch-technischer Art (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Niere)

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

##### B. Stationäre Krankenhausbehandlung

###### Aufwendungen für Nr. 1 - 4 erstatten wir mit 100 %.

Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits bei den Leistungsbereichen A, C, D und E berücksichtigt wurde.

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

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

## 2. Wahlleistungen

Als solche gelten: Gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Behandlung. Bei Wahl eines Einbettzimmers haben Sie Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen, die bei Wahl eines Zweibettzimmers entstanden wären.

Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung ausschließlich Allgemeine Krankenhausleistungen nach Nummer 1 in Anspruch nimmt, erhalten Sie zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR. Dieses Krankenhaustagegeld wird nicht um die Selbstbeteiligung gekürzt. Bei teilstationärer Behandlung erhalten Sie kein Krankenhaustagegeld.

Unterliegt das Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz, gilt als Wahlleistung der Unterschiedsbetrag zwischen dem niedrigsten und dem nächsthöheren Pflegesatz.

## 3. Leistungen der Belegärzte

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

## C. Zahnbehandlung und Zahnersatz

### Aufwendungen für a) - g) erstatten wir mit 70 %.

Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits bei den Leistungsbereichen A, B, D und E berücksichtigt wurde. Im Fall des Satzes 4 ist die Selbstbeteiligung von der dort genannten Leistung abzuziehen.

In dem Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und in dem darauf folgenden Kalenderjahr erstatten wir 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.

Der Höchstsatz gilt nicht für unfallbedingte Aufwendungen.

- a) Konservierende und chirurgische zahnärztliche Leistungen
- b) Prothetische Leistungen (Kronen, Brücken und Zahnersatz)
- c) Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- d) Zahnärztliche Strahlendiagnostik

## III. Tarifbedingungen

### 1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind

- a) Personen ohne Beihilfeanspruch,
- b) Personen, deren Beihilfeanspruch auf ungedeckte Restkosten nach Vorleistung der privaten Krankenversicherung begrenzt ist.

Wir können die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich die Erlangung oder Erhöhung eines Beihilfeanspruches mitzuteilen.

Erhalten wir von einer solchen Änderung Kenntnis, so führen wir auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles das Versicherungsver-

e) Kieferorthopädische Leistungen (Kieferregulierungen)

f) Zahnärztliche prophylaktische Leistungen

g) Nach der GOZ besonders berechnete zahntechnische Leistungen

Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen und Heil- und Kostenpläne erstatten wir bei den Leistungen nach a) - e) im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen GOÄ/GOZ mit.

### Anmerkung zu A bis C

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die in den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ) in den jeweils gültigen Fassungen aufgeführt sind.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (z. B. fehlende Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstatten wir nicht.

2. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche Heilpraktikerleistungen, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils neuesten Fassung aufgeführt sind. Vergütungen, die die Sätze des GebüH überschreiten, erstatten wir nicht.

3. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche psychotherapeutische Leistungen, die in der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in der jeweils neuesten Fassung aufgeführt sind. Erstattet werden Aufwendungen auf der Grundlage der GOP in der jeweils gültigen Fassung. Nr. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

## D. Entbindung

Sie erhalten Leistungen für:

- 1. Häusliche Entbindung nach A.
- 2. Entbindung im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene nach B.

Dazu gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger.

## E. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Für Arzt- und Kurmittelaufwendungen bei ärztlich verordneter Kurbehandlung oder ärztlich verordnete Sanatoriumsbehandlung innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstatten wir bis zu vier Wochen je Tag bis 22 EUR der Aufwendungen. Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits bei den Leistungsbereichen A bis D berücksichtigt wurde. Als drei aufeinander folgende Kalenderjahre gelten das Jahr der Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung und die beiden vorangegangenen Jahre.

hältnis für die der Änderung unterliegenden Personen mit Wirkung vom Beginn des Monats, der auf die Mitteilung an Sie über die Umstellung folgt, nach Tarif P weiter.

### 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, können wir freiwillige Leistungen zahlen.

### 4 Leistungsanpassung

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

Betragsmäßige Leistungsbegrenzungen und Tagegelder sowie die Selbstbeteiligung nach Tarif PNS können wir der Kostenentwicklung anpassen, sobald Beitragsänderungen (Nr. 7.10) 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\* 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 Vereins gezahlt.

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 Teilnahmeberechtigt 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 Vereins gezahlt wurden und die Voraussetzungen der Nr. 5.1.2 und 5.1.3 erfüllt sind.

---

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

### 6 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreiben wir der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung erfolgt nach Maßgabe der 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 unserer Krankheitskostenvolltarife 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 leisten wir 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 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 die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. 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 Arzneien gelten nicht Geheimmittel, Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.  
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.

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 Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Die Belege müssen enthalten: Name 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.

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 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung  
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Kalkulationsverordnung (KalV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so überprüfen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passen sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KalV für eine Beobachtungseinheit von mehr als 5 % können wir 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 KalV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, haben wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

7.11 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.

7.12 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.

## 8 Versicherungsschutz für Personen in der Berufsausbildung

Für Personen in der Berufsausbildung nach Vollendung des 20. Lebensjahres, die weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine Vergütung nach einem Tarifvertrag erhalten - ausgenommen Ausbildungsvergütungen -, sowie für deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz können Sie mit uns unmittelbar im Anschluss an die Versicherung nach Tarif PNS die „Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten“ zu Tarif PN vereinbaren.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung zum 1. des Monats, der auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgt bzw. ab dem die Ausbildung beginnt, wenn der Antrag nach Vollendung des 20. Lebensjahres oder nach Beginn der Ausbildung innerhalb von 2 Monaten gestellt wird.

## IV. 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.

Für versicherte Personen kann der Versicherungsnehmer folgende Varianten vereinbaren:

- PNSM65: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt,
- PNSM67: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Die Bezeichnung dieser Besonderen Bedingungen lautet „PNS I“ beziehungsweise „PNS II“, die um die Zusätze „M65“ beziehungsweise „M67“ und um den Umfang der vereinbarten Beitragssenkung ergänzt wird, zum Beispiel: Tarif PNS I mit 50 EUR Beitragssenkung ab dem 65. Lebensjahr „PNSIM65/50“ beziehungsweise ab dem 67. Lebensjahr „PNSIM67/50“.

### 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 Beitragsermäßi-

gung 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 Tarif 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.