Debeka Versichern und Bausparen

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif PN mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Juni 2022 -

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

A. Ambulante Krankenhilfe

Aufwendungen für Nr. 1 - 12 erstatten wir mit 90 %. Die hierdurch entstehende Selbstbeteiligung von 10 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bleibt auf 400 EUR beschränkt. Darüber hinaus erstatten wir mit 100 %. Die Selbstbeteiligung und die Erhöhung des Erstattungssatzes gelten je versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen gelten im Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

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

2. Schutzimpfungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden. Dies gilt nicht für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden.

3. Leistungen durch Heilpraktiker (insbesondere Beratungen und Untersuchungen)

4. Arzneien (einschließlich Harn- und Bluttestsreifen) und Verbandmittel

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

6. 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.

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

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

9. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation.

Als medizinische Rehabilitation gelten nicht Kur- und Sanatoriumsbehandlungen nach Buchstabe E sowie Rehabilitationsmaßnahmen, die von den gesetzlichen Rehabilitationsträgern übernommen werden.

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

11. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)
Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Voraussetzungen für eine Erstattung sind:

- Die DiGA wurden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft und in das Verzeichnis für DiGA nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen.
- Die DiGA, die nicht im Verzeichnis nach § 139e SGB V gelistet sind, werden vom Versicherer in einer eigenen Liste als erstattungsfähig geführt.

Weitere Voraussetzung ist, dass die DiGA von einem Arzt oder Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet wurden.

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die für die Nutzung der DiGA eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

12. HIV-Präexpositionsprophylaxe
Der Versicherer erstattet für Personen ab dem 16. Lebensjahr mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko Aufwendungen für eine Präexpositionsprophylaxe. Dazu zählen:

12.1 ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV
12.2 Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

Versicherte haben nach Beratung Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe nach Nummer 4.

B. Stationäre Krankenhausbehandlung

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

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 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. 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 %.

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 sowie Veneers und Zahnersatz)
c) Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
d) Zahnärztliche Strahlendiagnostik
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.

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 sowie digitale Anwendungen nach Buchstabe A Nr. 11. Eine ärztliche Verordnung bei Schwangerschaft und Entbindung ist keine zwingende Voraussetzung.

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. Als drei aufeinander folgende Kalenderjahre gelten das Jahr der Kur- bzw. der Sanatoriumsbehandlung und die beiden vorangegangenen Jahre.

F. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizleistungen

Die Selbstbeteiligung nach Buchstabe A ist für die Nummer 1 anzuwenden.

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 B Nr. 1, wenn eine Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht gewährleistet werden kann.

Anmerkung zu A bis C und F

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche ärztlichen und zahnärztlichen 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 gültigen 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 gültigen Fassung aufgeführt sind.
Nr. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

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 Versicherungsverhältnis 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

2.1 Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

2.2 Der Beitrag für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet. Vom folgenden Monatsersten an gilt der niedrigste Erwachsenenbeitrag.

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 ansteigende 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 können wir der Kostenentwicklung anpassen, sobald Beitragsänderungen (Nr. 7.11) in Kraft treten.

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* 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 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 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 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 Vereins gezahlt 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-, 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 MB/KK 2009: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
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) 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.

7.7 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.

7.8 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.

7.9 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Urschriften 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.

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 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 KVAV 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 KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, haben wir 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 § 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.

IV. Besondere Bedingungen W für die stationäre Krankenhausbehandlung (Wegfall von Wahlleistungen) Tarif PN

Wenn Sie mit uns die „Besonderen Bedingungen W für die stationäre Krankenhausbehandlung (Wegfall von Wahlleistungen)“ vereinbart haben, gilt anstelle der Bestimmungen zur Kostenerstattung bei Krankenhausbehandlung nach Abschnitt II B. des Tarifs PN Folgendes:

Aufwendungen für Nr. 1 - 3 erstatten wir mit 100 %.

1. Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes
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. Belegärzte, Hebammen und Entbindungspfleger
(vgl. Tarif PN Abschnitt II Anmerkung zu A bis C und F)

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

Aufwendungen für Wahlleistungen (gesondert berechenbare Unterkunft, privatärztliche Behandlung) erstatten wir nicht. Ein Krankenhaustagegeld erhalten Sie nicht.

Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird die Tarifbezeichnung um den Zusatz „W“ 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.

Für versicherte Personen kann der Versicherungsnehmer folgende Varianten vereinbaren:

- PNM65: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt,
- PNM67: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der Tarifname PN um die Zusätze „M65/“ bzw. „M67/" und um den Umfang der vereinbarten Beitragssenkung ergänzt, z. B. Tarif PN mit 50 EUR Beitragssenkung: „PNM65/50" bzw. „PNM67/50".

2. Voraussetzung

Die Besonderen Bedingungen für die modifizierte Beitragszahlung 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 Maßgabe der 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) nebst den Tarifbestimmungen zur Beitragsberechnung und -anpassung gelten auch für den modifizierten Beitrag.

6. Kündigung der Besonderen Bedingungen M für die modifizierte Beitragszahlung

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