Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II bis IV

BASISTARIF SPEZIAL

Tarif BSS

- Stand: 1. Januar 2022 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen

Nr. 1 Aufnahmefähigkeit
(zu § 1 Abs. 1 MB/KK 2009)

(1) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren Wohnsitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet (Beitrittsgebiet) haben.

(2) Ist das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen. § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 (Neugeborene) bleibt unberührt.

Nr. 2 Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland
(zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009)

Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

Nr. 3 Wartezeiten
(zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2009)

(1) Die Möglichkeit des Erlasses der Wartezeiten aufgrund ärztlicher Untersuchung besteht. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(2) Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

Nr. 4 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
(zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009)

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“.

Nr. 5 Definitionen
(zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009)

(1) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nährmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

(2) Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin durch dazu qualifizierte Personen, nicht jedoch Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Brillen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipsliegeschalen, Hörgeräte, medizinisch notwendige Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Nr. 6 Medizinische Versorgungszentren
(zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009)

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.

Nr. 7 Beitragsrückerstattung
(zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2009)

(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 Absatz 1 Buchstabe a bis c erfüllt.

a) **Leistungsfreiheit**: Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Versicherungsleistungen des Vereins gezahlt.

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

c) **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.

(2) Teilnahmeberechtigt sind auch im abgelaufenen Kalenderjahr Versicherte für nicht ganzjährig versicherte Zeiten der erstmaligen

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

Vollbeitragspflicht* in einem Tarif mit BRE, wenn für diesen Zeitraum keine Versicherungsleistungen des Vereins gezahlt wurden und die Voraussetzungen des Absatzes 1 Buchstabe b und c erfüllt sind.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

---

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

Nr. 8 Einschränkung der Leistungspflicht
(zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009)

§ 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.

Nr. 9 Kurortsklausel
(zu § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009)

Für ambulante Heilbehandlung – nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlung – in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gezahlt.

Nr. 10 Nachweise
(zu § 6 Abs. 1 und 3 MB/KK 2009)

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.
Die Belege der Leistungserbringer müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Leistungserbringer vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

(3) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.3. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

(4) Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie ggf. die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

(5) Der Versicherer kann verlangen, dass die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind.

Nr. 11 Kosten
(zu § 6 Abs. 5 MB/KK 2009)

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn es sich um Überweisung in das Ausland handelt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform gewählt wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

Nr. 12 Wechselkurs
(zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2009)

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, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

Nr. 13 Nicht zu Recht geleistete Zahlungen
(zu § 6 MB/KK 2009)

Sind Zahlungen geleistet worden, die dem Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grunde vertraglich nicht oder nicht mehr zustehen, so ist er zur Rückzahlung auch dann verpflichtet, wenn der Vertrag nicht mehr besteht.

Nr. 14 Eintrittsalter
(zu § 8 a MB/KK 2009)

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr.

(2) Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres den niedrigsten Erwachsenenbeitrag.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis zu führen.

Nr. 15 Meldung einer Krankenhausbehandlung
(zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009)

Auf die Meldung der Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 16 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode
(zu § 13 MB/KK 2009)

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des gleichen Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Im ersten Versicherungsjahr beträgt die Selbstbeteiligung anteilig nur so viel Zwölftel, wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Versicherungsjahr entsprechen.

(3) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

Nr. 17 Vertragstrennung durch versicherte Personen
(zu § 13 Abs. 2 MB/KK 2009)

Versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen.

Nr. 18 Mitgabe des Übertragungswertes
(zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009)

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.

Nr. 19 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes
(zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009)

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

Nr. 20 Anpassungsvorschriften
(zu § 8 b MB/KK 2009)

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetztes (VAG) und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

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.

Nr. 21 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zugeschrieben. Die Zuschreibung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Teil III Tarif

Nr. 1 Leistungen des Versicherers

Anmerkung zum tariflichen Leistungsrahmen der Abs. 1 a, b, d, 2, 4 a, b, c und 5

Für die dort genannten Gebührensätze sind maßgeblich die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. 1996 I S. 210), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. 1987 I S. 2316 ff.), Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. 2000 I S. 818).

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung gemäß § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ausnahme: Die ärztlichen Leistungen nach den GOÄ-Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz, die nach GOÄ-Abschnitt M und GOÄ Nr. 437 bis zum 1,15fachen Satz erstattet. Außerdem werden Hebammenkosten erstattet.

b) Nichtärztlicher Psychologe, Heilpraktiker

Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen durch einen in eigener Praxis bzw. in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden mit 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz auf der Grundlage der GOP in der jeweils gültigen Fassung erstattet. Für psychotherapeutische Behandlungen durch andere nichtärztliche Psychologen, die nicht unter Leitung eines Arztes tätig werden, besteht kein Anspruch.

Die Kosten der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

c) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Erstattet werden 85 % der Kosten bis zu einer Selbstbeteiligung von 200 EUR je Versicherungsjahr, darüber hinaus 100 % der Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Für Brillengestelle wird ein Betrag von 11 EUR erstattet. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Soweit ein Hilfsmittel mehr als 300 EUR kostet, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

d) 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.

Für die in diesem Zusammenhang erbrachten ärztlichen Leistungen gelten die Bestimmungen des Abs. 1 a. Für verordnete Impfstoffe gelten die Bestimmungen des Abs. 1 c für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Hierbei werden die Aufwendungen des Impfstoffs auf den Selbstbehalt gemäß Abs. 1 c angerechnet.

(2) Stationäre Behandlung

Erstattet werden 100 % der Kosten der Allgemeinen Krankenhausleistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft oder Entbindung. Zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen zählen nicht Leistungen, die gesondert wählbar und zusätzlich berechenbar sind.

Die Kosten für einen Belegarzt werden entsprechend Abs. 1 a bis zum 2,3fachen, 1,8fachen bzw. 1,15fachen Satz der GOÄ übernommen. Belegarzt ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Arzt, der seinen Patienten bei Krankenhausaufenthalt behandelt.

(3) Krankentransport/Fahrtkosten

Erstattet werden 100 % des 10 EUR je Fahrt übersteigenden Betrages für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.

(4) Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bis zum 1,8fachen Satz bei Leistungen aus den Abschnitten A, E und O der GOÄ bzw. bis zum 1,15fachen Satz bei Leistungen aus GOÄ-Abschnitt M und nach GOÄ Nr. 437.

b) Kieferorthopädische Behandlung

Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der GOZ.

c) Zahnersatz

Erstattet werden 60 % des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der GOZ. Leistungen, die der Zahnarzt nach der GOÄ be-

rechnen kann, werden bis zum 1,8fachen Satz (GOÄ-Abschnitte A, E und O) bzw. bis zum 1,15fachen Satz (GOÄ-Abschnitt M und GOÄ Nr. 437) erstattet. Zu den Zahnersatzkosten gehören zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken) einschl. Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und Gussfüllungen.

Kosten zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, soweit sie zu den üblichen Preisen berechnet sind, werden zu 60 % erstattet.

Im Rahmen von Abs. 4 werden in den ersten 12 Monaten höchstens 500 EUR und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.000 EUR erstattet.

(5) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizleistungen

a) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Der Versicherer erstattet Aufwendungen nach Abs. 1 für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich palliativpflegerischer Leistungen (Abschnitt II Nr. 4).

b) Stationäre Hospizleistungen

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 Abs. 2 Sätze 1 und 2, wenn eine Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht gewährleistet werden kann.

Nr. 2 Leistungen des Versicherungsnehmers

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

Teil 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:

- BSSM65: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt,

- BSSM67: 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 BSS um die Zusätze „M65/“ bzw. „M67/“ und um den Umfang der vereinbarten Beitragssenkung ergänzt, z. B. Tarif BSS mit 50 EUR Beitragssenkung: „BSSM65/50“ bzw. „BSSM67/50“.

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.