

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif PNWS mit Tarifbedingungen

– Stand: 1. Januar 2027 –

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

Frauen (zum Vollbeitrag Versicherte)	1.370 EUR
Männer (zum Vollbeitrag Versicherte)	1.370 EUR
Kinder und Jugendliche (zum Kinder- oder Jugendli- chenbeitrag Versicherte)	710 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 PNWS.

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

A. Ambulante Krankenhilfe

Aufwendungen für Nr. 1–12 werden mit 100 % erstattet.

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

1. Ärztliche Leistungen (insbesondere Beratungen, Besuche sowie Untersuchungen, Operationen, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie) und vom nächsten 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 Blutteststreifen) und Verbandmittel

5. Heilmittel

Inhalationen, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Packungen, Hydrotherapie, Heilbäder, Kälte- und Wärmeanwendungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), podologische Therapien sowie sonstige physikalische Therapien

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 1.000 EUR, orthopädische Schuheinlagen, Mehrkosten für orthopädische Schuhe, orthopädische Leibbandagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, künstliche Augen, Hörgeräte, elektronischer Kehltopf

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. 1–3 werden mit 100 % erstattet.

Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits nach den Buchstaben A, C, D, E und F 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. Leistungen der Belegärzte

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

Aufwendungen für Wahlleistungen (gesondert berechenbare Unterkunft, privatärztliche Behandlung) sind vom Versicherungsschutz nicht umfasst.

C. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Aufwendungen für a)–h) werden mit 70 % erstattet.

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

- a) Konservierende Leistungen (z. B. Inlays und Onlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen
- b) Prothetische Leistungen (Kronen, Brücken sowie Veneers und Zahnersatz) und implantologische Leistungen (Implantate)
- c) Zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- d) Zahnärztliche Strahlendiagnostik
- e) Kieferorthopädische Leistungen
- f) Zahnärztliche prophylaktische Leistungen

- g) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- h) Nach der GOZ besonders berechnete zahntechnische Leistungen

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 a)–e) im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ) mit.

D. Entbindung

Der Versicherungsnehmer erhält 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 Entbindungspflege 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 für ärztlich verordnete Sanatoriumsbehandlung innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattet der Versicherer bis zu vier Wochen je Tag bis 22 EUR der Aufwendungen. Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits nach den Buchstaben A, B, C, D und F berücksichtigt wurde. Als drei aufeinander folgende Kalenderjahre gelten das Jahr der Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung und die beiden vorangegangenen Jahre.

F. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und stationäre Hospizleistungen

Aufwendungen werden mit 100 % erstattet.

Dabei ist die vereinbarte Selbstbeteiligung abzuziehen, soweit sie nicht bereits nach den Buchstaben A bis E 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 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 der GOÄ und der 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 erstattet der Versicherer 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, erstattet der Versicherer nicht.

3. 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.

chotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind.
Nr. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind

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

Der Versicherer kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

Veränderungen der Voraussetzungen nach Buchstabe a oder b sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht nach, stellt der Versicherer den Versicherungsschutz zum 1. des Monats um, der auf den Monat folgt, in dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat. Die Umstellung für die betroffenen Personen erfolgt – auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles – in den Tarif P ausschließlich mit den Besonderen Bedingungen W für die stationäre Krankenhausbehandlung.

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 sowie die Selbstbeteiligung nach Tarif PNWS kann der Versicherer 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* 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* 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 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 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: 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 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 bis 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.

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. Der zusätzliche Beitragsanteil ist von einer Beitragsrückerstattung für die Krankenversicherung nicht umfasst.

Für versicherte Personen kann der Versicherungsnehmer folgende Varianten vereinbaren:

- PNWSM65: Die vereinbarte Beitragssenkung beginnt ab dem Monat, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt,
- PNWSM67: 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 PNWS um die Zusätze „M65/“ bzw. „M67/“ und um den Umfang der vereinbarten Beitragssenkung ergänzt, z. B. Tarif PNWS mit 50 EUR Beitragssenkung: „PNWSM65/50“ bzw. „PNWSM67/50“.

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 beitragsenkend 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.

V. Besondere Bedingungen OZ für eine Optionszusage auf höheren Versicherungsschutz

1 Gegenstand der Vereinbarung

Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, nach Ablauf des 3. oder 6. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn den Versicherungsschutz nach Tarif PNWS ohne Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung in die Tarifkombination PN und PNE zu dem dann gültigen Beitrag umzustellen. Für Tarif PNWS vereinbarte Besondere Bedingungen M gelten auch für die Tarifkombination PN und PNE. Ein bisher eventuell vereinbarter Risikozuschlag wird mit demselben Prozentsatz auf die Tarifkombination PN und PNE übertragen.

Absatz 1 gilt auch für die Umstellung in andere vergleichbare Tarife.

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

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

2 Voraussetzung

Die Besonderen Bedingungen OZ können je versicherte Person ausschließlich beim erstmaligen Beginn der Versicherung nach Tarif PNWS vereinbart werden.

3 Umstellung/Widerspruch

Die Umstellung wird zum 1. des Monats vorgenommen, der auf den Ablauf des 3. oder 6. Kalenderjahres folgt.

- Umstellung nach Ablauf des 3. Kalenderjahres
Die Umstellung ist spätestens zwei Monate nach Ablauf dieses Termins durch den Versicherungsnehmer zu beantragen.
- Umstellung nach Ablauf des 6. Kalenderjahres
Die Umstellung erfolgt automatisch. Sie entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des Versicherungsscheins, der die Umstellung dokumentiert, widerspricht oder den ersten erhöhten Beitrag nicht zahlt. Es bleibt dann bei dem vereinbarten Tarif PNWS – ohne die Besonderen Bedingungen OZ.

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.

Mit der Beendigung des Tarifs PNWS entfallen diese Besonderen Bedingungen.