

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif PNE mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. März 2020 -

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

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

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

II. Versicherungsleistungen

A. Wahlleistungen bei stationärer Behandlung, Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland, Zahnbehandlung und Zahnersatz

1. Aufwendungen für Nr. 1.1 und 1.2 erstatten wir mit 100 % unter Anrechnung von Versicherungsleistungen des Vereins. Für Versicherte nach Tarif PNS gilt die einbehaltene Selbstbeteiligung als anzurechnende Versicherungsleistung nach Satz 1.

1.1 Wahlleistungen bei stationärer Behandlung (gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Behandlung)

Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung keine gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer in Anspruch nimmt, erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld von 16 EUR. Bei teilstationärer Behandlung erhalten Sie kein Krankenhaustagegeld.

1.2 Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland (Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland) bei einem dort unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall:

1.2.1 Ambulante und stationäre Heilbehandlung

1.2.2 Medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in der Bundes-

republik Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.

1.2.3 Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 5.500 EUR Versicherungsleistungen

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

2. Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz erstatten wir nach Abschnitt II C des Tarifs PN oder des Tarifs PNS. Dabei erhöht sich Ihr Erstattungssatz von 70 % auf 90 %.

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

B. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Für jeden Tag, für den nach Abschnitt II E des Tarifs PN oder des Tarifs PNS erstattungsfähige Aufwendungen vorliegen, erhalten Sie zusätzlich ein Tagegeld von 22 EUR.

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.

Voraussetzung für die Versicherung nach Tarif PNE ist das Bestehen oder der gleichzeitige Abschluss einer Versicherung nach Tarif PNS oder nach Tarif PN ohne die Besonderen Bedingungen W (Hauptversicherung).

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 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 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 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 Abs. 7 MB/KK 2009: Mahnkosten
Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 1 EUR.

7.11 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so 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.

8 Ende der Versicherung

Unbeschadet der §§ 13 - 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif PNE mit Beendigung der Hauptversicherung.