

Tarif uni-KT

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KT) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Leistungen des Versicherers

Krankentagegeld für Versicherungen in der

Tarifstufe	15 ab	15. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (14 Karenztage)
Tarifstufe	22 ab	22. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (21 Karenztage)
Tarifstufe	29 ab	29. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (28 Karenztage)
Tarifstufe	43 ab	43. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (42 Karenztage)
Tarifstufe	92 ab	92. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (91 Karenztage)
Tarifstufe	183 ab	183. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (182 Karenztage)

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit werden bei den Karenztagen zur Ermittlung des Beginns der Krankentagegeldleistungen nur für Arbeitnehmer gemäß § 4 (1.2) Tarifbedingungen (TB/KT) zusammengerechnet.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und

Teil II Tarifbedingungen (TB/KT) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaustausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

Versicherungsfähigkeit, Aufnahmefähigkeit

- (1.1) Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 67. Lebensjahr, soweit sie bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen einen Verdienstaustausfall nachweisen können, mit einem Krankentagegeld, das zusammen mit anderen Einnahmen das tägliche Durchschnittsnettoeinkommen nicht übersteigt. In den Tarifstufen 4, 8, 15, 22 und 29 jedoch nur Personen, die selbstständig sind und aus eigenem Einkommen zur Einkommensteuer veranlagt werden.

- (1.2) Aufnahmefähig sind versicherungsfähige Personen der Eintrittsalter 18 bis 66 Jahre. Personen, die das 67. Lebensjahr vollendet haben, können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

Tarif KTM

- (1.3) Nach Tarif KTM sind Ärzte/innen, Zahnärzte/innen und Tierärzte/innen versicherungsfähig. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif KTM gemäß § 1 (1.3) wird der Vertrag nach Tarif KT ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt, wenn Versicherungsfähigkeit nach Tarif KT gegeben ist. Die Tarifänderung erfolgt zum 1. des Monats, in dem die entsprechende Mitteilung des Versicherungsnehmers in Textform beim Versicherer eingeht.

- (1.4) Soweit im Versicherungsvertrag keine besonderen Bedingungen vereinbart sind, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Berufskrankheiten und Berufsunfälle.

- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

- (2.1) Als Versicherungsfall gilt auch die Entbindung.

- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue

Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

- (5.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (5) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des vom Versicherer überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf der Versicherer bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikogrades ändern.

- (5.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (5) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (5.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8 a (3) angepasst.

- (5.3) Das Recht des Versicherers, bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (5) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

- (7.1) Bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen Ausland wird das Krankentagegeld auch bei ambulanter Behandlung gezahlt, wenn und solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt.

- (7.2) Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

- (8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

- (1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaustausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

- (2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz,

auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

- (3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufschlag das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes.
- (4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.
- (5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern, wird ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung geleistet, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Anzeige aller im Antrag gefragten Umstände bleibt hiervon unberührt.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
 - (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
 - (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (3.1) Die vorstehenden besonderen Wartezeiten entfallen.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

Wartezeiterlass

- (4.1) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Die uniVersa stellt dafür einen Vordruck zur Verfügung.
- (4.2) Bei Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur uniVersa wechseln, kann auch die allgemeine Wartezeit erlassen werden, wenn bestimmte, im Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung genannte Voraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate

nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

- (5.1) Die Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf die Wartezeiten für den gesamten versicherten Tagessatz angerechnet. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

- (1.1) a) Krankentagegeld wird für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit gemäß der vereinbarten Tarifstufe gezahlt. Die Leistungsdauer ist zeitlich nicht begrenzt.

b) Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte in Abweichung von § 1 (1) gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).

- (1.2) Sonderbedingungen für Arbeitnehmer

Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, so werden sie bei Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengefasst.

- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

- (2.1) Dieser Durchschnittsverdienst ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

- (2.2) Als Nettoeinkommen gilt bei Selbständigen der vereinbarte Vomhundertsatz - höchstens jedoch 75 Prozent - des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern.

- (2.3) Als Nettoeinkommen gilt bei Arbeitnehmern das aus der Berufstätigkeit herrührende Einkommen abzüglich der direkten Steuern (Einkommensteuer, Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag) sowie der Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung (Arbeitslosenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung).

- (2.4) Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden:

a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung,

b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesagentur für Arbeit, soweit diese vom Krankengeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden,

c) Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung.

- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

- (4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maß-

gebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(4.1) Ist nach § 4 (4) ein Krankentagegeld herabgesetzt, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von zwei Jahren nach dem Wirksamwerden der Herabsetzung eine Heraufsetzung des Krankentagegeldes ohne neue Gesundheitsprüfung zu verlangen, wenn sich sein Nettoeinkommen wieder erhöht.

Das Krankentagegeld kann dann bis zur Höhe des ursprünglichen Krankentagegeldes heraufgesetzt werden. Der Versicherer kann auch hierfür einen Einkommensnachweis verlangen.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(7.1) Eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist bis zum letzten Karenztag durch Vorlage eines Nachweises gemäß § 4 (7.4) anzuzeigen.

(7.2) Wird eine Arbeitsunfähigkeit nicht innerhalb der in § 4 (7.1) aufgeführten Fristen angemeldet, so gilt als erster Leistungstag der Zugangstag der Anmeldebescheinigung.

(7.3) Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ist diese vom Arzt wöchentlich bescheinigen zu lassen und wöchentlich nachzuweisen. In medizinisch begründeten Fällen kann die Frist vom Versicherer verlängert werden.

Erfolgt dieser Nachweis nicht fristgerecht, so gilt eine Bescheinigung nur für die Woche vor dem Zugang, wenn in dieser Zeit noch Arbeitsunfähigkeit bestand.

(7.4) Die ärztliche Bescheinigung muss den Namen und die Anschrift des Versicherten, die vollständige Krankheitsbezeichnung (Diagnose), den Beginn der Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer oder das Ende der Arbeitsunfähigkeit enthalten.

Für Vorausbestätigungen besteht keine Leistungspflicht.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(9.1) Abweichend von § 4 (9) kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

a) es sich um eine Notfallweisung handelte, oder

b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder

c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder

d) sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(11.1) Allgemeine Leistungsanpassung

a) Dem Versicherungsnehmer wird alle zwei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Das Nettoeinkommen der versicherten Person darf dabei nicht überschritten werden (vgl. § 4 (2)). Die Anpassung wird allen Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag zur Zeit der Anpassung mindestens ein Jahr bestanden hat und für die ein Krankentagegeld von mindestens 15 EUR versichert ist.

b) Die Anpassung kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im Anpassungsjahr übersandten Vordruck beantragt werden. Dieser Vordruck nennt die Tagegeldhöhe, bis zu der angepasst werden kann und die Frist für seine Rückgabe. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, werden die fristgerecht eingehenden Anträge ohne erneute Risikoprüfung angenommen. Die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrags beim Versicherer folgt. In Abweichung von § 2 beginnt der Versicherungsschutz auch für laufende Versicherungsfälle mit dem Ersten dieses Monats.

c) Versicherungsnehmer, welche eine Leistungsanpassung ablehnen, ohne dass ein Grund nach § 4 (2) vorliegt, werden von den folgenden Leistungsanpassungen ausgeschlossen, es sei denn, sie unterziehen sich einer erneuten Gesundheitsprüfung.

(11.2) Besondere Leistungsanpassung

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich bei Arbeitnehmern die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikoausgleichsbeiträge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der Erste des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder sich die Gehaltsfortzahlungsdauer ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes in Kraft tritt, oder zum Ersten des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und/oder der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes fällt.

Auf Verlangen des Versicherers sind über die Erhöhung des Nettoeinkommens, über die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes sowie über den Stichtag der Änderung entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

- (12) Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmungen der Satzung.

Danach darf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nur zur Ausschüttung an die Mitglieder verwendet werden. Als Form der Ausschüttung kann die Mitgliedervertretung wählen:

- Auszahlung an die Mitglieder
- Beitragsgutschrift
- Leistungserhöhung
- Beitragssenkung
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Die Mitgliedervertretung bestimmt, für welche Tarife und in welcher Höhe die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird sowie nach welchen Bemessungsgrundsätzen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
 - e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
 - f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
 - g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(1.1) Keine Kriegsereignisse im Sinne von § 5 (1) a) sind Terroranschläge.

(1.2) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) c) entfällt.

(1.3) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei Fehlgeburt, bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer, eugenischer und ethischer Indikation sowie bei durch Schwangerschaft bedingten Krank-

heiten außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Die Bestimmungen über die Mutterschutzfristen gelten sinngemäß auch für selbständig Tätige.

(1.4) Abweichend von § 5 (1) g) wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

(2.1) Abweichend von § 5 (2) wird das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus eines Heilbades oder Kurortes gezahlt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(3.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

(4.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(6.1) Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 (3) nicht zum Letzten eines Monats, verzichtet der Versicherer auf den Beitrag dieses Monats.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(1.2) Risikozuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte im Ausland können vereinbart werden.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund

steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(1.1) Die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 erfolgt innerhalb eines jeden Tarifs getrennt nach Beobachtungseinheiten.

Für Tarife, bei denen die Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gem. § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeit fünf Prozent.

Für Tarife, bei denen die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen fünf Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gem. § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeit fünf Prozent.

(1.2) Definition der Beobachtungseinheiten:

Die Beobachtungseinheiten werden jeweils gebildet durch

- Männer einer Tarifstufe,
- Frauen einer Tarifstufe,

(Zum Begriff Tarifstufe vgl. Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.)

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3.1) Eine Nachuntersuchung gemäß § 9 (3) muss die versicherte Person innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen.

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig

bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (3.1) Zur Beitragszahlung bei Kündigungen gemäß § 13 (3) siehe § 8 (6.1).
- (3.2) Anstelle der Kündigung gemäß § 13 (3) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen vorübergehend im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab dem Ersten des Monats, der auf die Vorlage des Nachweises beim Versicherer folgt.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung nach § 4 Abs. 4 Ge-

brauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

- (6.1) Abweichend von § 13 (6) ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

(1.1) Beschränkung des Kündigungsrechts

Soweit der Krankentagegeldvertrag in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung (ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung, stationäre Heilbehandlung) besteht, verzichtet der Versicherer unabhängig davon, ob ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht oder nicht, auch in den ersten drei Versicherungsjahren auf das ordentliche Kündigungsrecht.

- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
 - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

aa) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 (1) a) auf zwölf Monate. Unberührt bleibt § 15 (1) b).

ab) Anstelle der Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach § 15 (1) a) bzw. § 15 (1) aa) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird.

Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall einer im Tarif

bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit beim Versicherer in Textform geltend zu machen.

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

ba) Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, frühestens jedoch mit Ablauf der in § 15 (1) b) genannten Frist, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntwerden der Berufsunfähigkeit beim Versicherer in Textform geltend zu machen.

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (s. Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

ca) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

Vollendet die versicherte Person das 67. Lebensjahr und bestehen die übrigen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit fort, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (s. Anhang) die Fortführung der Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

ea) Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab Beginn des der Geltendmachung folgenden Monats.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

(2.1) Nähere Einzelheiten zur Fortführung des Vertrages bei Eintritt von Berufsunfähigkeit sind § 15 (1) ba) zu entnehmen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Klagefrist / Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.