



ARAG Krankenversicherung Bedingungsheft Unisex

- Krankentagegeld-Ergänzungstarif KT42
- Krankentagegeld-Versicherung Tarif 37

Stand 1.2023

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Inhalt

Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung für eine ARAG Kranken-Zusatzversicherung Unisex.....	4
Allgemeine Versicherungsbedingungen	
Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Unisex (MB/KT 2009 und TB/KT 2013).....	8
Tarifbeschreibung (Teil III) basierend auf MB/KT 2009 und TB/KT 2013	
Tarif KT42: Krankentagegeld-Ergänzungstarif	23
Tarif 37: Krankentagegeld-Versicherung.....	24
Sondervereinbarungen für das arbeitnehmerfinanzierte Kollektivgeschäft (KT-Tarife)	25
Ergänzende Unterlagen zum Antrag	
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.....	27

Versicherteninformation

nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

für eine ARAG Kranken-Zusatzversicherung Unisex

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender

Vorstand: Dr. Matthias Effinger, Dr. Shiva Meyer, Dr. Roland Schäfer

Sitz und Registergericht: München, HRB 69751

2 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG Krankenversicherungs-AG ist der Betrieb der Krankenversicherung.

3 Garantiefonds

Die ARAG Krankenversicherungs-AG gehört der folgenden Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Sicherungsfonds) an:

Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln

4 Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

4.a) Dem Versicherungsverhältnis liegen die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung (MB/KT, Tarifbedingungen TB/KT und Tarifbeschreibung) sowie die Sondervereinbarungen für das arbeitnehmerfinanzierte Kollektivgeschäft (KT-Tarife) in der jeweils bei Vertragsabschluss geltenden Fassung zugrunde.

4.b) Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ergeben sich aus § 1 (Teil I und II) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung ergeben sich

- hinsichtlich Art und Umfang der Leistungen aus den §§ 4 und 5 (Teil I und II) sowie der jeweiligen Tarifbeschreibung (Teil III)
- hinsichtlich Fälligkeit und Erfüllung der Leistungen aus § 6 (Teil I und II) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der bei Vertragsabschluss geltenden Fassung.

5 Gesamtpreis der Versicherung

Der zu entrichtende Gesamtbeitrag für die angebotene Kollektivversicherung beträgt monatlich _____ Euro (die Beitragshöhe ist vom Abschlussvermittler einzutragen).

Die einzelnen Beiträge je Tarif und je versicherter Person können Sie dem Antrag entnehmen.

Diese Angaben können sich nach Durchführung einer Gesundheitsprüfung unter Umständen noch ändern. Der tatsächlich zu entrichtende Beitrag wird Ihnen in diesem Fall anhand des Versicherungsscheins mitgeteilt.

Beitragsentwicklung für Ihren Krankentagegeld Ergänzungstarif nach Art der Schadenversicherung

Der Beitrag für den Krankentagegeld-Ergänzungstarif KT42 erhöht sich automatisch bei Erreichen einer neuen Altersstufe.

Die aktuell gültigen Neuzugangsbeiträge können Sie folgender Tabelle entnehmen. Eventuelle Risikozuschläge oder andere individuelle Anpassungen des Beitrags sind nicht berücksichtigt.

Alter/Beitrag in Euro	KT42K
Ab 16	1,99
Ab 21	2,12
Ab 26	2,32
Ab 31	2,50
Ab 36	2,83
Ab 41	3,68
Ab 46	5,07
Ab 51	6,98
Ab 56	9,48
Ab 61	11,92
Ab 66	14,42
Ab 71	17,43

Bitte beachten Sie, dass die Neuzugangsbeiträge unter bestimmten Voraussetzungen angepasst werden können und somit in der Zukunft auch höher oder niedriger ausfallen können.

6 Zusätzliche Kosten

Zusätzliche Gebühren oder Kosten für den angebotenen Versicherungsschutz werden nicht erhoben.

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Beiträge zur Privaten Krankenversicherung nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b) Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit, sofern der Versicherungsschutz der Versorgung des Versicherungsnehmers selbst oder eines (nahen) Angehörigen (wie in § 7 Pflegezeitgesetz und § 15 Abgabenordnung beschrieben) dient. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, ist der Beitrag insoweit grundsätzlich versicherungsteuerpflichtig. Wenn Sie als Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder einen sonstigen Drittstaat verlegen, kann eventuell gleichfalls Versicherungsteuer anfallen. Soweit Sie als Versicherungsnehmer mit Versicherungsteuer belastet werden, sind Sie verpflichtet, diese zu entrichten. Für den Fall, dass wir als Versicherer mit Versicherungsteuer belastet werden oder zur Abführung von Versicherungsteuer für Sie als Versicherungsnehmer verpflichtet sind, müssen Sie diese Steuer als Bestandteil der Prämie entrichten.

7 Beitragszahlung

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch unterjährig in gleichen Beitragsraten, das heißt monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Der Beitrag gilt bei unterjähriger Zahlungsweise bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet. Die Beitragsraten sind am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

8 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot basiert auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge. Diese gelten bis auf Weiteres. Änderungen behalten wir uns vor.

9 Zustandekommen des Versicherungsvertrags

Der Vertrag kommt durch den Antrag auf Krankenversicherung seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrags durch den anderen Vertragspartner zustande. Bei einem Antrag (Angebot) durch den Versicherungsnehmer erfolgt eine Antragsannahme durch die ARAG Krankenversicherungs-AG durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder eine Annahmeerklärung. Bei einer Anfrage durch den Versicherungsnehmer („Invitatio-Antrag“) erfolgt das Angebot durch die ARAG Krankenversicherungs-AG und die Annahme des Angebots durch Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
 - eine ausführliche Widerrufsbelehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
 - und die in dieser Versicherteninformation nach §1 der VVG-Informationspflichtenverordnung aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München

Telefax +49 (0) 89/4124-9525,

E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des in dieser Versicherteninformation nach §1 VVG-Informationspflichtenverordnung unter Ziffer 5 ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ausführliche Widerrufsbelehrung

Eine ausführliche Widerrufsbelehrung einschließlich der genauen Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen Versicherteninformationen nach §1 VVG-Informationspflichtenverordnung erhalten Sie zusammen mit Ihrem Versicherungsschein.

11 Laufzeit, Kündigung und Beendigung des Vertrags

Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Sie können als Versicherungsnehmer den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten in Textform kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrags zum Ablauf von 12 Monaten nach Vertragsbeginn möglich.

Danach können Sie zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen, wobei das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfällt.

Daneben haben Sie Sonderkündigungsrechte, zum Beispiel bei einer Beitragserhöhung.

Einzelheiten zur Kündigung durch den Versicherungsnehmer sowie zu weiteren Beendigungsgründen finden Sie in den §§ 13-16 (Teil I und II) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in der Tarifbeschreibung.

12 Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben zum zuständigen Gericht können Sie §17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

13 Sprachen der Vertragsbedingungen und Informationen/ Kommunikationssprache zum Versicherungsvertrag

Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

14 Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Für außergerichtliche Beschwerden steht Ihnen das Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann (www.pkv-ombudsmann.de) offen.

Die Anschrift lautet:

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verband. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Ferner stellt die Europäische Kommission unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> eine Plattform zur Online-Streit-beilegung (OS) bereit. Verbraucher haben die Möglichkeit, diese Plattform für die Beilegung ihrer Streitigkeiten zu nutzen.

15 Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Sie haben die Möglichkeit, sich bei Beschwerden an die Aufsichtsbehörde zu wenden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Unisex

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KT 2013)

Der Versicherungsschutz

§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall 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.
- (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.
- (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 einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen 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 Absatz 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.
- (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.
- (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.

Teil II

- (1) **Versicherungsfähig sind Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und das aus selbstständiger Tätigkeit erzielte Einkommen versteuern; in Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger auch solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind. Das Mindestaufnahmearalter beträgt 16 Jahre.**

- (2) Arbeitnehmer haben auch während einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben anteiligen Anspruch auf Krankentagegeld. Voraussetzung dafür ist die vorherige schriftliche Zustimmung des Versicherers. Der Krankentagegeldanspruch verringert sich im Laufe der Wiedereingliederungsmaßnahme in dem Maße, in dem sich die Arbeitszeit erhöht. Das Krankentagegeld darf zusammen mit dem anteiligen Arbeitsentgelt oder anderen vom Arbeitgeber gewährten Leistungen, mit Entgeltersatzleistungen anderer Leistungsträger, mit etwaigen anderen Krankentagegeldern und einem etwaigen Krankengeld das zuletzt aus Arbeitnehmertätigkeit erzielte Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- (3) Bei fliegendem Personal (Piloten, Kabine) ist Fluguntauglichkeit gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit.
- (4) Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 8 genannten Staaten gleichgestellt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

Teil I

- (1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 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 Verdienstausschlag 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 Verdienstausschlag 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 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.
- (4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 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

Teil I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags 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.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

- (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.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (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 Krankheitskosten-Versicherung 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.

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

Teil II

- (1) **Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden, mit Ausnahme der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.**
- (2) **Bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Teil I Absatz 5 wird die in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten für das gesamte versicherte Krankentagegeld angerechnet, mit Ausnahme der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.**
- (3) **Für konservierende und operative Zahnbehandlung beträgt die Wartezeit drei Monate.**
- (4) **Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.**
- (5) **Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zum Versicherer wechseln, wird – über die Regelung in Teil I Absatz 5 hinaus – die nachweislich dort in einer Krankheitskosten-Vollversicherung ununterbrochen zurückgelegte Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten der Krankentagegeld-Versicherung, die in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wird, angerechnet, wenn die Versicherung in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung beginnen soll. Dies gilt nicht für die Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5.**
- (6) **Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaligem Abschluss einer Krankentagegeld-Versicherung beim Versicherer, wenn gleichzeitig eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wird; auf die Einhaltung der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5 wird nicht verzichtet. Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß.**

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (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 zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- (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 Vertrag 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 maßgebenden 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 behält.
- (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 Ehe-

gatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

- (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 Absatz 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.
- (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten und Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 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.

Teil II

- (1) **Das versicherte Krankentagegeld wird unter Beachtung der §§ 1a, 7 und 15 ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.**
- (2) **Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Zu solchen Anträgen erfolgt keine erneute Risikoprüfung, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Einkommens bzw. der Entgeltfortzahlung zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegelds Leistungspflicht besteht. Die Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auf Verlangen nachzuweisen. Gleiches gilt sinngemäß bei der Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit für Selbstständige, sofern die Einkommenserhöhung aus dem abgelaufenen Kalenderjahr spätestens innerhalb der darauffolgenden zwei Monate durch Vorlage der Einkommensteuererklärung oder des Einkommensteuerbescheids nachgewiesen wird.**
- (3) **Selbstständige:**

Abweichend von Teil I Absatz 2 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgebend; abweichend von § 1a Teil I Absatz 3 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Mutterschutzfrist maßgebend. Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt bei Selbstständigen der aus der selbstständigen Tätigkeit in dem maßgeblichen Kalenderjahr erzielte Gewinn im Sinne von § 4 Absatz 3 Einkommensteuergesetz (Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben) nach Abzug der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag).

Für Versicherte, die als freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) versicherte Selbstständige grundsätzlich Anspruch auf Leistungen aus der GKV mit einem Anspruch auf Krankengeldzahlung haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 2 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:

 - der bezogen auf die selbstständige Tätigkeit vom Selbstständigen zu entrichtende Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- (4) **Arbeitnehmer:**

Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt bei Arbeitnehmern monatlich ein Zwölftel des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit, welches dem Bruttojahresarbeitsentgelt (einschließlich fester und etwaiger, bereits wiederholt vereinbarter variabler Vergütungsbestandteile, ohne einmalige Sonderzahlungen) abzüglich der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag) entspricht.

 - a) Für Versicherte der Krankheitskosten-Vollversicherung (PKV-Vollversicherte) sind bei der Bestimmung des Nettoeinkommens zu dem nach Satz 1 ermittelten Betrag
 - die Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflicht-Versicherung
 - sowie die Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. zu gleichzusetzenden berufsständischen Versorgungswerken hinzuzurechnen
 - und der Arbeitnehmeranteil für die Arbeitslosenversicherung abzuziehen.
 - b) Für Versicherte, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) als Pflichtversicherte oder freiwillig Versicherte Anspruch auf Leistungen haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 1 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:
 - der Arbeitnehmeranteil des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung.

- (5) In Abweichung von Teil I Absatz 9 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war oder während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- (6) In Erweiterung zu Teil I Absatz 2 darf das Krankentagegeld auch zusammen mit weiteren Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Verletztengeld) das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Ansonsten erfolgt im Leistungsfall eine entsprechende Kürzung des zu zahlenden Krankentagegelds.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- 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;
 - wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
 - während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
 - 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 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
 - während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Während des Aufenthalts 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 Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II

- (1) Die Einschränkung der Leistungspflicht nach Teil I Absatz 1 a) bei Arbeitsunfähigkeit wegen durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.
- (2) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 c) entfällt.
- (3) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 d) entfällt bei medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt. Für Tarife mit einer Karenzzeit von mindestens sechs Wochen entfällt die Einschränkung auch bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft – dies gilt nicht bei Fluguntauglichkeit.
- (4) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 g) entfällt bei einer im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit erforderlich gewordenen Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahme, wenn bei deren Beginn die Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Wochen bestand und der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat. Etwai-ge Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (zum Beispiel Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.
- (5) In Abweichung zu Teil I Absatz 2 leistet der Versicherer auch für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort. § 4 Teil I Absatz 9 und § 4 Teil II Absatz 5 bleiben hiervon unberührt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

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

Teil I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am 30. Tag 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 Absatz 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

- (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.
- (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 Versicherungsscheins 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 Beitragsanteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe 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 aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe 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.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II

- (1) **Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 Prozent bei halbjährlicher bzw. 4 Prozent bei jährlicher Beitragszahlung.**
- (2) **Endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.**
- (3) **Beitragsrückerstattung**
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

- (4) Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.
- (5) Die Beiträge sind auch während des Bezugs von Versicherungsleistungen zu zahlen.
- (6) Abweichend von Teil I Absatz 3 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

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

Teil II

- (1) Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Personen festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (2) Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel 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.
- (2) (entfallen)
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 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 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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.
- (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.

Teil II

- (1) **Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens zum ersten Leistungstag des vereinbarten Tarifs anzuzeigen.**
- (2) **Aus der ärztlichen Bescheinigung muss die Bezeichnung der Krankheit oder der Unfallfolgen ersichtlich sein.**
- (3) **Eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und vom Behandelnden auszufüllenden Vordruck mindestens 14-tägig nachzuweisen.**
- (4) **Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers gemäß § 4 Teil I Absatz 3 und die Regelung über die Änderung des Versicherungsvertrags gemäß § 4 Teil I Absatz 4 gelten sinngemäß auch bei einer Änderung der Dauer der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit.**

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe 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

Teil I

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 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

Teil I

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

Teil I

- (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 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeld-Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündi-

gung 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 Krankentagegeld-Versicherung 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 Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, 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.

Teil II

- (1) **Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von zwölf Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.**
- (2) **Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.**
- (3) **Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird.**
- (4) **Die Kündigung gemäß Teil I Absatz 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Mit diesem Tag endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.**
- (5) **Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (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.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds 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 Absatz 3.

Teil II

Besteht zusätzlich zu einem Tarif mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei dem Versicherer, so verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bezüglich dieses Tarifs.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
- 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;
 - 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 Prozent 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;
 - 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 (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen;
 - 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;
 - bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Teil II

- (1) **In Abweichung von Teil I Absatz 1 c) endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit dem Bezug von Altersrente, spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird. Es besteht das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen, sofern Versicherungsfähigkeit besteht; die neue Versicherung endet spätestens zum Ende des Kalendermonats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird.**
- (2) Bei Wegfall der beruflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses der betroffenen Person – gegebenenfalls zu neuen Bedingungen oder nach anderen gleichartigen Tarifen – vereinbart werden.
- (3) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder die Dauer des Bezugs der Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Erhält eine versicherte Person eine gesetzliche oder private Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit, wenn gleichzeitig die Voraussetzungen nach Teil I Absatz 1 Buchstabe b) nicht erfüllt sind, wird diese auf die Leistung aus der Krankentagegeld-Versicherung angerechnet. Die Anrechnung erfolgt ab Rentenbezug. Ist die Rentenzahlung mindestens so hoch wie der Anspruch aus der Krankentagegeld-Versicherung, besteht demnach für die Dauer des Rentenbezugs kein Anspruch auf Krankentagegeld. Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Person ab dem Zeitpunkt des Rentenbezugs die Krankentagegeld-Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortführen. Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten seit Bezug der Rente, bei rückwirkendem Rentenbezug gerechnet ab deren Bewilligung, zu stellen.
- (4) Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeld-Tarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Anspruch auf Fortsetzung der Versicherung in einem Krankentagegeld-Tarif mit kürzerer Karenzzeit besteht dabei nur bei Änderung der Lohnfortzahlungsdauer. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.
- (5) Entsprechend § 1 Teil II Absatz 4 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Absatz 1 e) betroffenen Staaten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

- (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 den 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

Teil I

- (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 höchstrichterliche 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.

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

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 (zum Beispiel 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.

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (...)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 196 Befristung der Krankentagegeld-Versicherung

- (1) Bei der Krankentagegeld-Versicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeld-Versicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeld-Versicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung **Form und Voraussetzungen**

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 4 **Gewinnbegriff im Allgemeinen**

- (...)
- (3) Steuerpflichtige, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Bücher zu führen und regelmäßig Abschlüsse zu machen, und die auch keine Bücher führen und keine Abschlüsse machen, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen. Hierbei scheiden Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben aus, die im Namen und für Rechnung eines anderen vereinnahmt und verausgabt werden (durchlaufende Posten). Die Vorschriften über die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter (§ 6 Absatz 2), die Bildung eines Sammelpostens (§ 6 Absatz 2a) und über die Absetzung für Abnutzung oder Substanzverringerung sind zu befolgen. Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für nicht abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, für Anteile an Kapitalgesellschaften, für Wertpapiere und vergleichbare nicht verbrieft Forderungen und Rechte, für Grund und Boden sowie Gebäude des Umlaufvermögens sind erst im Zeitpunkt des Zuflusses des Veräußerungserlöses oder bei Entnahme im Zeitpunkt der Entnahme als Betriebsausgaben zu berücksichtigen. Die Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens und Wirtschaftsgüter des Umlaufvermögens im Sinne des Satzes 4 sind unter Angabe des Tages der Anschaffung oder Herstellung und der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder des an deren Stelle getretenen Werts in besondere, laufend zu führende Verzeichnisse aufzunehmen.
- (...)

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3 **Schutzfristen vor und nach der Entbindung**

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

- (2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen
1. bei Frühgeburten,
 2. bei Mehrlingsgeburten und,
 3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.
- Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

(...)

Tarifbeschreibung für die Krankentagegeld-Versicherung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung (AVB) für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KT 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KT 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif KT42: Krankentagegeld-Ergänzungstarif

Tarif nach Art der Schadenversicherung

Soweit nicht nachfolgend abweichend geregelt, gelten für den Tarif KT42 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I und Teil II.

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind nur Personen, die als Arbeitnehmer in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen und die Anspruch haben

- auf Krankengeld im Rahmen einer Pflichtversicherung aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder
- auf Krankengeld aus einer freiwilligen Versicherung in der GKV in Höhe des jeweils geltenden maximalen Krankengeldes* oder
- auf ein Krankentagegeld einer privaten Krankenversicherung (PKV) in Höhe von mindestens dem jeweils geltenden maximalen Krankengeld* der GKV.

2. Leistungen

Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren vollständigen Arbeitsunfähigkeit oder bei einem Versicherungsfall gemäß § 1a Teil I der AVB für jeden Tag innerhalb der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro vereinbart werden.

Der jeweils vereinbarte Tagessatz ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

Erster Leistungstag ist bei Tarif KT42 der 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (42 Tage Karenzzeit).

Die Karenzzeit gilt für jeden Versicherungsfall neu.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts entsprechend der gesetzlichen Vorgaben berechtigterweise zusammenrechnet, werden auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet.

Die Leistungen aus Tarif KT42 werden versicherten Personen, die als Arbeitnehmer in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen, nur dann gewährt, wenn

- ein Krankengeld im Rahmen einer Pflichtversicherung aus der GKV oder
- ein Krankengeld aus einer freiwilligen Versicherung in der GKV in Höhe des jeweils geltenden maximalen Krankengeldes* oder
- ein Krankentagegeld einer PKV in Höhe von mindestens dem jeweils geltenden maximalen Krankengeld* der GKV in Anspruch genommen wird. Dies ist auf Verlangen des Versicherers durch Originalnachweise oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV oder einer PKV nachzuweisen. Die Leistungen der GKV oder einer PKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Lehnt die GKV oder eine PKV die Leistungen ab oder wird der Nachweis über die Inanspruchnahme der Leistungen in der oben definierten Höhe nicht erbracht, wird auch kein Krankentagegeld aus Tarif KT42 gewährt.

3. Leistungsanpassung

Alle drei Jahre – gerechnet ab dem Jahr 2018 – passt der Versicherer das vereinbarte Tagegeld entsprechend der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte an, wobei nur Anpassungen in Form von Erhöhungen des vereinbarten Tagegeldes vorgenommen werden.

Zur Berechnung des Anpassungssatzes aus der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte werden die von der Deutschen Rentenversicherung veröffentlichten durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte der Arbeiter und Angestellten in der Deutschen Rentenversicherung herangezogen. Betrachtet werden hierbei die zuletzt beobachteten drei Veränderungsraten vor dem Anpassungszeitpunkt. Der Anpassungssatz des Krankentagegeldes ist auf maximal 10 Prozent begrenzt. Das hinzukommende Krankentagegeld wird mithilfe des derart bestimmten Anpassungssatzes berechnet und auf 0,01 Euro gerundet. Die Leistungsanpassung findet nur statt, sofern während der letz-

* Das Krankengeld entspricht dem Krankengeld nach SGB V (Bruttokrankengeld); im Jahr 2023 beispielsweise beträgt es maximal 116,38 Euro pro Tag.

ten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach Tarif KT42 bestand und sich während dieser Zeit die vereinbarte Tagessatzhöhe nicht geändert hat.

Die Höherstufung wird ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit vorgenommen. Für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif KT42 vereinbarte besondere Bedingungen gelten entsprechend für die Höherstufung.

Der Beitrag für das hinzukommende Krankentagegeld wird nach der im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Altersgruppe der versicherten Person berechnet. Das hinzukommende Krankentagegeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle.

Die Erhöhung des Beitrags und des versicherten Krankentagegelds sowie das Wirksamkeitsdatum der Erhöhung werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamkeitsdatum schriftlich mitgeteilt. Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht spätestens einen Monat nach dem Wirksamkeitsdatum in Textform widersprochen hat. Darauf werden wir bei jeder Leistungsanpassung noch einmal gesondert hinweisen.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen widersprochen, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen; er kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

4. Ergänzende Tarifbestimmungen

Die allgemeine Wartezeit gemäß § 3 Teil I Absatz 2 der AVB entfällt. Ebenso entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gemäß § 3 Teil I Absatz 3 der AVB.

Die besonderen Wartezeiten für Psychotherapie gemäß § 3 Teil I Absatz 3 der AVB, sowie die Wartezeiten während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gemäß § 1a Teil I Absatz 5 der AVB bleiben bestehen.

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66. oder 71. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

Ergänzend zu § 9 der AVB ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall anzuzeigen. Bei Verletzung der Anzeigepflicht endet das Versicherungsverhältnis abweichend von § 10 der AVB zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 weggefallen ist.

Abweichend von § 14 Teil I Absatz 1 verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

Ergänzend zu § 15 Teil II Absatz 2 der AVB kann die versicherte Person auch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte in einem anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen. Dieser Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 gestellt werden. Unterbleibt ein solcher Antrag, endet das Versicherungsverhältnis ebenfalls gemäß § 15 Teil I Absatz 1 a) der AVB zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer 1 weggefallen ist.

Tarif 37:

Krankentagegeld-Versicherung

Leistungen

Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren völligen Arbeitsunfähigkeit oder bei einem Versicherungsfall gemäß § 1a Teil I der AVB für jeden Tag innerhalb der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

Erster Leistungstag ist bei Tarif 37 der 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (42 Tage Karenzzeit).

Die Karenzzeit gilt für jeden Versicherungsfall neu.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, werden auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.

Sondervereinbarungen für das arbeitnehmerfinanzierte Kollektivgeschäft (KT-Tarife)

Für den zwischen dem Versicherungsnehmer und der ARAG Krankenversicherungs-AG (ARAG KV) abgeschlossenen Versicherungsvertrag nach den Tarifen **KT42K** und **37K** gelten

- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (im Weiteren „AVB“), die sich zusammensetzen aus Teil I und II (MB/KT 2009 mit Tarifbedingungen) und der jeweiligen Tarifbeschreibung (Teil III der AVB) der Tarife KT42 beziehungsweise 37 sowie
- jeweils ergänzend die nachfolgenden Sondervereinbarungen.

Sofern die nachfolgenden Sondervereinbarungen von den oben genannten AVB abweichen, gelten insoweit die abweichenden Regelungen dieser Sondervereinbarungen.

1 Fakultativer Kollektivrahmenvertrag

- 1.1 Voraussetzung für den Abschluss des Versicherungsvertrags ist das Bestehen eines fakultativen Kollektivrahmenvertrags zwischen dem Rahmenvertragspartner und der ARAG KV für den jeweiligen KT-Tarif. Endet der fakultative Kollektivrahmenvertrag während der Laufzeit des Versicherungsvertrags, gilt Ziffer 7 Absatz 7.2.
- 1.2 Rahmenvertragspartner können Firmen oder Verbände sein.

2 Versicherbarer Personenkreis

- 2.1 Im Rahmen der jeweils gültigen Annahmerichtlinien der ARAG KV können sich die Arbeitnehmer des Rahmenvertragspartners als Versicherungsnehmer und versicherte Person versichern. Falls der Rahmenvertragspartner ein Verband ist, können sich auch die Arbeitnehmer der Mitgliedsunternehmen des Verbands als Versicherungsnehmer und versicherte Person versichern. In beiden Fällen können Familienangehörige des Arbeitnehmers im Rahmen der jeweils gültigen Annahmerichtlinien der ARAG KV als weitere versicherte Person mitversichert werden.
- 2.2 Falls zusätzlich ein obligatorischer Kollektivrahmenvertrag zwischen dem Rahmenvertragspartner und der ARAG KV besteht, kann ein in dem arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrag als versicherte Person eingeschlossener Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer seine Familienangehörigen im Rahmen der jeweils gültigen Annahmerichtlinien der ARAG KV als versicherte Personen versichern.
- 2.3 Familienangehörige im Sinne von Absatz 2.1 und 2.2 sind der Ehe- oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes sowie der Lebensgefährte des Arbeitnehmers, solange dieser jeweils mit dem Arbeitnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebt, sowie die Kinder des Arbeitnehmers, solange sie unterhaltsberechtiget sind.
- 2.4 Der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers und aller versicherten Personen muss bei Vertragsabschluss in der Bundesrepublik Deutschland liegen.

3 Öffnungsaktion

- 3.1 Im fakultativen Kollektivrahmenvertrag ist eine allgemeine dreimonatige Öffnungsaktion vereinbart. Während dieser Zeit gelten die in Absatz 3.5 aufgeführten Sonderregeln.
- 3.2 Innerhalb der allgemeinen Öffnungsaktion müssen im Rahmen des fakultativen Kollektivrahmenvertrags im Falle von Ziffer 2 Absatz 2.1 mindestens 10 Arbeitnehmer als Versicherungsnehmer und versicherte Person unter dieser Sondervereinbarung versichert werden. Familienangehörige werden nicht mitgezählt.
- 3.3 Für Arbeitnehmer, die erst nach Ablauf der allgemeinen Öffnungsaktion in den versicherbaren Personenkreis gemäß Ziffer 2 Absatz 2.1 beziehungsweise 2.2 eingeschlossen werden, beginnt die dreimonatige Dauer der Öffnungsaktion individuell mit dem Beginn des Arbeitsverhältnisses. Dies gilt sinngemäß auch, wenn der Einschluss in den Kreis der Familienangehörigen gemäß Ziffer 2 Absatz 2.3 erst nach Ablauf der allgemeinen Öffnungsaktion erfolgt.
- 3.4 Der Versicherungsschutz von Familienangehörigen des Arbeitnehmers, der innerhalb der Öffnungsaktion abgeschlossen wird, darf nicht höher oder umfangreicher sein, als der des Arbeitnehmers.
- 3.5 Für Versicherungsverträge, die innerhalb der Öffnungsaktion abgeschlossen werden, entfällt die vorvertragliche Risikoprüfung. Stattdessen gilt die nachfolgend dargestellte Sonderregelung für Vorerkrankungen:

Leistung für vorvertragliche Versicherungsfälle

Abweichend von § 2 Teil I Satz 2 der AVB (MB/KT 2009) wird auch bei Eintritt des Versicherungsfalles vor Beginn des Versicherungsschutzes nach folgender Maßgabe geleistet:

Tritt die ärztlich vor oder nach Versicherungsbeginn festgestellte Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer der versicherten Person zum Datum der Antragstellung bekannten Erkrankung oder Unfallfolge ein, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung ärztlich oder therapeutisch behandelt wurde, ist der Leistungsanspruch auf Krankentagegeldansprüche begrenzt, die nach Ablauf von 24 Monaten ab Versicherungsbeginn entstehen.

Beruhet die ärztlich vor oder nach Versicherungsbeginn festgestellte Arbeitsunfähigkeit auf einer der versicherten Person zum Datum der Antragstellung bekannten Erkrankung oder Unfallfolge, wegen derer sie letztmalig mehr als 12 Monate vor Antragstellung ärztlich oder therapeutisch behandelt wurde, ist der Leistungsanspruch dagegen nur auf solche Krankentagegeldansprüche begrenzt, die ab Beginn des Versicherungsschutzes entstanden sind.

- 3.6 Bei Dynamikerhöhungen nach Tarif KT42K gilt für das jeweils hinzukommende Krankentagegeld die Sonderregelung unter Absatz 3.5 nicht. Stattdessen wird gemäß Ziffer 3 der Tarifbeschreibung des KT42K (Teil III der AVB) das hinzukommende Krankentagegeld vom Zeitpunkt der Wirksamkeit der Leistungsanpassung an auch für laufende Versicherungsfälle geleistet.

4 Wartezeiten

Es bestehen abweichend von den AVB grundsätzlich keine Wartezeiten mit folgenden Ausnahmen:

- Die Wartezeit von acht Monaten während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gemäß § 1a Teil I Absatz 5 der AVB (MB/KT 2009) gilt.
- Im Tarif KT42K gilt zusätzlich die besondere Wartezeit von acht Monaten für Psychotherapie gemäß § 3 Teil I Absatz 3 der AVB (MB/KT 2009).

5 Beiträge

- 5.1 Es gelten die Tarifbeiträge der jeweils gültigen Kollektiv-Beitrags-Tabellen der ARAG KV.
- 5.2 Voraussetzung für die Berücksichtigung der Kollektiv-Beiträge ist, dass der Versicherungsnehmer die ARAG KV ermächtigt, die Beiträge mittels SEPA-Lastschriftverfahren einzuziehen.

6 Mitteilungspflichten

Ergänzend zu den Mitteilungspflichten gemäß § 9 der AVB (MB/KT 2009 mit Tarifbedingungen) ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, der ARAG KV unverzüglich in Textform Folgendes mitzuteilen:

- Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwischen ihm und dem Rahmenvertragspartner beziehungsweise zwischen ihm und dem Mitgliedunternehmen des Verbandes, falls ein Verband Rahmenvertragspartner ist
- Ausscheiden eines (mit)versicherten Familienangehörigen aus dem Kreis der Familienangehörigen im Sinne von Ziffer 2 Absatz 2.3

Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheiten, gilt § 10 der AVB (MB/KT 2009 mit Tarifbedingungen) entsprechend.

7 Fortführung des Versicherungsverhältnisses als Einzelversicherung ohne Kollektivkonditionen

- 7.1 Das bestehende Versicherungsverhältnis wird unter Anrechnung der erworbenen Rechte zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortgeführt, wenn
- a) der Versicherungsnehmer aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Ziffer 2 Absatz 2.1 oder 2.2 ausscheidet oder
 - b) die versicherte Person aus dem Kreis der Familienangehörigen gemäß Ziffer 2 Absatz 2.3 ausscheidet.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt eines der Ereignisse nach Buchstabe a) oder b) das Versicherungsverhältnis in Textform bei der ARAG KV, Hauptverwaltung, zu kündigen.

Über die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses und die Bedingungen der Einzelversicherungen, sowie die Möglichkeit zur Kündigung wird der Versicherungsnehmer von der ARAG KV zeitnah informiert, nachdem er der ARAG KV den Eintritt des Ereignisses nach Buchstabe a) oder b) gemäß Ziffer 6 mitgeteilt hat.

- 7.2 Wenn der fakultative Rahmenvertrag im Sinne von Ziffer 1 endet, werden die bestehenden Versicherungsverhältnisse unter Anrechnung der erworbenen Rechte zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb von zwei Monaten ab dem Beendigungstermin des fakultativen Rahmenvertrags das Versicherungsverhältnis in Textform bei der ARAG KV, Hauptverwaltung, zu kündigen.

Über die Beendigung des fakultativen Rahmenvertrags, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses und die Bedingungen der Einzelversicherungen, sowie die Möglichkeit zur Kündigung wird der Versicherungsnehmer von der ARAG KV zeitnah informiert.

Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrags nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifs auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls gesondert über diese Regelungen.

