



ARAG Krankenversicherung Bedingungsheft Unisex

Krankentagegeld-Versicherung in Verbindung
mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Tarif KTplus

Stand 04.2016

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Produktinformationsblatt nach § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung für Tarif KTplus | 4 |
| Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung für Tarif KTplus | 7 |
| 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) | 10 |
| Tarifbeschreibung Unisex (Teil III) | |
| Tarif KTplus: Krankentagegeld-Versicherung in Verbindung mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung | 22 |
| Besondere Bedingungen für Studenten..... | 24 |
| Beitragsübersicht | 25 |

Produktinformationsblatt

nach § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung

für eine ARAG Krankenversicherung nach Unisex

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenversicherung geben. Diese Informationen sind jedoch **nicht abschließend**. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Wir empfehlen Ihnen, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

1 Welche Art der Versicherung bieten wir an?

Bei dem angebotenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Kranken-Zusatzversicherung. Grundlage sind die beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Versicherung nach Tarif KTplus kann nur in Verbindung mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung/Berufsunfähigkeitszusatzversicherung mit Rentenleistung und Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden. Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ziffer 1 der Tarifbeschreibung.

2 Was ist versichert?

| Tarif | Beschreibung |
|--------|--|
| KTplus | Krankentagegeld-Versicherung ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit |

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3 Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet zahlen?

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

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

Der Beitrag wird jeweils zum Ersten eines Monats fällig.

Die erste Beitragsrate wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Die Beitragszahlung endet zum Vertragsende.

Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung:

Wenn Sie den Erstbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung, in der wir Ihnen eine zwei-monatige Zahlungsfrist setzen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Außerdem können wir bei fortdauerndem Zahlungsverzug nach Fristablauf den Vertrag kündigen.

Einzelheiten enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8.

4 Wofür leisten wir nicht?

Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen. Diese Aufzählung ist **nicht abschließend**. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 (Teil I und II) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Für Studenten gilt zusätzlich Ziffer 3.2 der „Besonderen Bedingungen für Studenten“.

5 Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Im Rahmen des Vertragsschlusses sind die Antragsfragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.

Unrichtige Angaben können schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Je nach Art und Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vom Vertrag lösen.

Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Abschnitt „Wichtige Hinweise“ des Antrags.

6 Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Während der Vertragslaufzeit haben Sie uns etwa den Abschluss einer weiteren Krankheitskosten-Versicherung unverzüglich anzuzeigen. Weiter darf ein Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nicht ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Zudem müssen Sie uns einen Berufswechsel jeder versicherten Person unverzüglich mitteilen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 Teil I der gültigen Bedingungen. Für Studenten gilt zusätzlich Ziffer 2.2 der „Besonderen Bedingungen für Studenten“.

Je nach Schwere der Pflichtverletzung sind wir unter Umständen ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet. Gegebenenfalls können wir auch den Vertrag fristlos kündigen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

7 Welche Verpflichtungen haben Sie bei Eintritt eines Versicherungsfalls und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Bei Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie unter anderem alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere Ausführungen enthalten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 und die Tarifbeschreibung unter Ziffer 4. Für Studenten gilt zusätzlich Ziffer 2.1 der „Besonderen Bedingungen für Studenten“.

Je nach Schwere der Pflichtverletzung sind wir unter Umständen ganz oder teilweise nicht zur Leistung verpflichtet. Auf diese Folge werden wir Sie in einer gesonderten Mitteilung hinweisen.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

8 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

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 der Wartezeiten.

Einzelheiten zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Einzelheiten zum Ende des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

9 Wie können Sie den Vertrag beenden?

Sie als Versicherungsnehmer können den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen. Erstmals ist eine Kündigung Ihres Vertrags zum Ablauf der Mindestvertragsdauer 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 finden Sie in §§ 13 und 16 Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Versicherteninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung für Tarif KTplus

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Werner Nicoll, Dr. Roland Schäfer, Dr. Werenfried Wendler
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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung (MB/KT, Tarifbedingungen und Tarifbeschreibung) in der bei Vertragsabschluss geltenden Fassung zugrunde.

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

4.c) Für Studenten gelten zusätzlich die „Besonderen Bedingungen für Studenten“.

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung ergeben sich

- hinsichtlich Art und Umfang der Leistungen aus §§ 4 und 5 (Teil I und II) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der 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

Den zu entrichtenden Gesamtbetrag können Sie dem Produktinformationsblatt sowie dem Antrag entnehmen.

6 Zusätzliche Kosten

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

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.

10 Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

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

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

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 im Produktinformationsblatt unter Ziffer 3 ausgewiesenen Monatsbetrags 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.

– Ende der Widerrufsbelehrung –

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 schriftlich 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 MB/KT in der bei Vertragsabschluss geltenden Fassung.

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 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.

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

Der Versicherungsschutz

§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag 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 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) 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 Mindestaufnahmearter 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 Abs. 8 genannten Staaten gleichgestellt.

§ 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. 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 Abs. 5 wird die in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten für das gesamte versicherte Krankentagegeld angerechnet. 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 Abs. 3.
- (5) Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zum Versicherer wechseln, wird – über die Regelung in Teil I Abs. 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.
- (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. Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Per-

sonen 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) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
- (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (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 Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (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 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

- (1) **Das versicherte Krankentagegeld wird unter Beachtung der §§ 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) **In Abweichung von Teil I Abs. 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 Versorgungskran-**

kenhaus 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.

- (4) In Erweiterung zu Teil I Abs. 2 darf das Krankentagegeld auch zusammen mit weiteren Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Verletztengeld und Mutterschaftsgeld) 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 Abs. 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 Aufenthaltswort 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 Abs. 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 Abs. 1 c) entfällt.
- (3) Die Einschränkung nach Teil I Abs. 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 Abs. 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. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (zum Beispiel Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.
- (5) In Abweichung zu Teil I Abs. 2 leistet der Versicherer auch für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort. § 4 Teil I Abs. 9 und § 4 Teil II Abs. 3 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.

§ 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Der im Teil I Abs. 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 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungs-

pflicht 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 Abs. 3 und die Regelung über die Änderung des Versicherungsvertrags gemäß § 4 Teil I Abs. 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 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (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 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

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 Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die 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 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 4 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Abs. 1 e) betroffenen Staaten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 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.

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 Auskunfts- 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 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 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarif KTplus:

Krankentagegeld-Versicherung in Verbindung mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung

1. Allgemeines/Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen,

- die zeitgleich mit dem Antrag auf Abschluss des Tarifs KTplus einen Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung/Berufsunfähigkeitszusatzversicherung mit Rentenleistung und Gesundheitsprüfung (nachfolgend: BU-Versicherung) bei einem in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherer gestellt haben und
- deren Antrag auf Abschluss der BU-Versicherung von dem Versicherer angenommen worden ist.

Sofern der Abschluss der BU-Versicherung nicht zustande kommt, ist eine Versicherung nach Tarif KTplus nicht möglich.

Der Tarif KTplus kann für eine zu versichernde Person nicht mehrfach abgeschlossen werden.

2. Leistungen

Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren völligen Arbeitsunfähigkeit – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

Erster Leistungstag ist der 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (42 Tage Karenzzeit), frühestens jedoch der erste Tag nach Ende der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers.

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.

3. Leistungsanpassung

Alle drei Jahre – gerechnet ab dem Jahr 2015 – passt der Versicherer das vereinbarte Tagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten an.

Zur Berechnung des Anpassungssatzes wird der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte „Verbraucherpreisindex für Deutschland – insgesamt“ herangezogen. Betrachtet werden hierbei die zuletzt beobachteten drei Veränderungsraten. Der Anpassungssatz des Krankentagegelds 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 letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach Tarif KTplus 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 KTplus vereinbarte besondere Bedingungen gelten entsprechend für die Höherstufung.

Der Beitrag für das hinzukommende Krankentagegeld wird nach dem im Jahr der Leistungsanpassung erreichten Lebensalter (Unterschied zwischen Jahr der Geburt und dem Jahr der Leistungsanpassung) 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 schriftlich abgelehnt hat.

4. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend zu § 2 Teil I Satz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gilt:

Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird unter den folgenden Bedingungen geleistet:

Die versicherte Person wechselt ihre Krankentagegeld-Versicherung von einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen zum Versicherer, und der Tarif KTplus beginnt in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung.

In diesem Fall verzichtet der Versicherer auch auf die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Die seit Eintritt dieses Versicherungsfalles abgelaufene Zeit wird auf die Karenzzeit im Tarif KTplus angerechnet.

Ergänzend zu der Regelung in § 14 Teil II der AVB verzichtet der Versicherer in diesem Tarif auch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre auf das ordentliche Kündigungsrecht, solange die zeitgleich beantragte BU-Versicherung gemäß Ziffer 1 beitragspflichtig fortbesteht. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung durch den Versicherer – gegebenenfalls unter Einreichung geeigneter Nachweise – unverzüglich Auskunft zu geben, ob die BU-Versicherung beitragspflichtig fortbesteht.

Abweichend zu § 15 Teil I Abs. 1 Buchstabe b Satz 2 der AVB gilt für Tarif KTplus:

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann.

Abweichend von § 15 Teil I Abs. 1 Buchstabe b Satz 3 der AVB wird die dort beschriebene Nachhaftung von drei auf sechs Monate ausgedehnt, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt dieser Berufsunfähigkeit folgende Nachweise erbringt:

- Es besteht eine BU-Versicherung,
- es wurde beim BU-Versicherer ein Antrag auf Berufsunfähigkeit gestellt,
- es erfolgt noch keine Leistung aus dieser BU-Versicherung, und
- die BU-Leistung wurde nicht auf Grund einer Anzeigepflichtverletzung oder eines vereinbarten Leistungsausschlusses abgelehnt.

Werden die Nachweise nicht bzw. nicht fristgerecht erbracht, gilt § 15 Teil I Abs. 1 Buchstabe b Satz 3 der AVB unverändert, und das Versicherungsverhältnis endet spätestens drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Wird bereits eine Leistung aus der BU-Versicherung bezogen, erlischt der Leistungsanspruch aus Tarif KTplus ab Bezug der Berufsunfähigkeitsrente.

Besondere Bedingungen für Studenten in der Krankentagegeldversicherung nach Tarif KTplus

1. Geltungsbereich

- 1.1 Diese „Besonderen Bedingungen für Studenten“ gelten ergänzend zu den Musterbedingungen des Verbands der privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)) sowie der Tarifbeschreibung Unisex (Teil III der AVB) für den Tarif KTplus.
- 1.2 Die vorliegende Vereinbarung gilt für Personen, solange diese ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule) absolvieren.
Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.
- 1.3 Mit der Exmatrikulation der versicherten Person entfällt diese Vereinbarung „Besondere Bestimmungen für Studenten“. Die Musterbedingungen des Verbands der privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II der AVB) sowie die Tarifbeschreibung Unisex (Teil III der AVB) für den Tarif KTplus gelten jedoch fort. Für vor Entfall dieser besonderen Bedingungen eingetretene Versicherungsfälle finden diese besonderen Bedingungen jedoch weiterhin Anwendung.

2. Obliegenheiten

- 2.1 Im Leistungsfall ist dem Versicherer das Studium nachzuweisen. Hierfür ist dem Versicherer spätestens zum ersten Leistungstag des Tarifs KTplus eine Studienbescheinigung vorzulegen. Dieser Nachweis muss für jeden Versicherungsfall neu erbracht werden.
- 2.2 Das Ende des Studiums ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

3. Besondere Bestimmungen

In Abweichung bzw. Ergänzung zu den Musterbedingungen des Verbands der privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II) sowie der Tarifbeschreibung Unisex (Teil III) für den Tarif KTplus gilt folgendes:

- 3.1 Es kann nur ein Tagessatz von 15 Euro versichert werden.
- 3.2 Abweichend zu Ziffer 2 der Tarifbeschreibung (Teil III der AVB) des Tarifs KTplus ist der Leistungsanspruch aus Tarif KTplus für alle Versicherungsfälle insgesamt auf maximal 323 Leistungstage (365 Tagen abzüglich der Karenzzeit von 42 Tagen) begrenzt. Zudem erfolgt keine Leistungsanpassung gemäß Ziffer 3 der Tarifbeschreibung (Teil III der AVB) des Tarifs KTplus.
- 3.3 Abweichend zu § 1 Teil I Abs. 3 der AVB liegt Arbeitsunfähigkeit bei Geltung dieser besonderen Bedingungen im Tarif KTplus vor, wenn die versicherte Person höchstens 1 Stunde täglich eine Bürotätigkeit ausüben könnte.
- 3.4 Abweichend zu § 1 Teil II Abs. 2, § 4 Teil I Abs. 2 bis 4 und § 4 Teil II Abs. 2 und 4 der AVB ist die Leistung aus Tarif KTplus bei Geltung dieser besonderen Bedingungen nicht auf das Nettoeinkommen der versicherten Person begrenzt.
- 3.5 Ein Wechsel der Studienrichtung gilt nicht als Berufswechsel im Sinne von § 9 Teil I Abs. 5 der AVB des Tarifs KTplus.
- 3.6 Abweichend zu § 15 Teil I Abs. 1 Ziffer b Satz 2 der AVB und zum dritten Textabschnitt unter Ziffer 4 der Tarifbeschreibung (Teil III der AVB) liegt Berufsunfähigkeit im Sinne von Tarif KTplus vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund infolge Krankheit, Körpverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen ihr zuletzt betriebenes Studium nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann und auch kein anderes Studium gemäß Ziffer 1.1 dieser besonderen Bedingungen betreibt, das ihrer Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Monatliche Beiträge KTplus in Euro – Stand 10/2015

Tarifbeiträge für Männer und Frauen

| Jahre | Tagessatz 15 Euro | Tagessatz 20 Euro | Tagessatz 25 Euro | Tagessatz 30 Euro |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 18 | 3,60 | 4,80 | 6,00 | 7,20 |
| 19 | 3,75 | 5,00 | 6,25 | 7,50 |
| 20 | 3,90 | 5,20 | 6,50 | 7,80 |
| 21 | 4,05 | 5,40 | 6,75 | 8,10 |
| 22 | 4,20 | 5,60 | 7,00 | 8,40 |
| 23 | 4,35 | 5,80 | 7,25 | 8,70 |
| 24 | 4,50 | 6,00 | 7,50 | 9,00 |
| 25 | 4,65 | 6,20 | 7,75 | 9,30 |
| 26 | 4,80 | 6,40 | 8,00 | 9,60 |
| 27 | 4,95 | 6,60 | 8,25 | 9,90 |
| 28 | 5,10 | 6,80 | 8,50 | 10,20 |
| 29 | 5,25 | 7,00 | 8,75 | 10,50 |
| 30 | 5,55 | 7,40 | 9,25 | 11,10 |
| 31 | 5,70 | 7,60 | 9,50 | 11,40 |
| 32 | 5,85 | 7,80 | 9,75 | 11,70 |
| 33 | 6,15 | 8,20 | 10,25 | 12,30 |
| 34 | 6,30 | 8,40 | 10,50 | 12,60 |
| 35 | 6,45 | 8,60 | 10,75 | 12,90 |
| 36 | 6,75 | 9,00 | 11,25 | 13,50 |
| 37 | 6,90 | 9,20 | 11,50 | 13,80 |
| 38 | 7,20 | 9,60 | 12,00 | 14,40 |
| 39 | 7,50 | 10,00 | 12,50 | 15,00 |
| 40 | 7,80 | 10,40 | 13,00 | 15,60 |
| 41 | 8,10 | 10,80 | 13,50 | 16,20 |
| 42 | 8,40 | 11,20 | 14,00 | 16,80 |
| 43 | 8,70 | 11,60 | 14,50 | 17,40 |
| 44 | 9,00 | 12,00 | 15,00 | 18,00 |
| 45 | 9,45 | 12,60 | 15,75 | 18,90 |
| 46 | 9,75 | 13,00 | 16,25 | 19,50 |
| 47 | 10,20 | 13,60 | 17,00 | 20,40 |
| 48 | 10,50 | 14,00 | 17,50 | 21,00 |
| 49 | 10,95 | 14,60 | 18,25 | 21,90 |
| 50 | 11,40 | 15,20 | 19,00 | 22,80 |
| 51 | 11,70 | 15,60 | 19,50 | 23,40 |
| 52 | 12,15 | 16,20 | 20,25 | 24,30 |
| 53 | 12,60 | 16,80 | 21,00 | 25,20 |
| 54 | 13,20 | 17,60 | 22,00 | 26,40 |
| 55 | 13,65 | 18,20 | 22,75 | 27,30 |
| 56 | 14,25 | 19,00 | 23,75 | 28,50 |
| 57 | 14,55 | 19,40 | 24,25 | 29,10 |
| 58 | 14,70 | 19,60 | 24,50 | 29,40 |
| 59 | 15,00 | 20,00 | 25,00 | 30,00 |
| 60 | 15,30 | 20,40 | 25,50 | 30,60 |

