Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV Krankentagegeld (kurz: FKT02B) - Gruppenversicherung

Inhalt

1. Krankentagegeld bei gesundheitlicher Arbeitsunfähigkeit 1

1.1 Arbeitsunfähigkeit und Leistungserbringer..... 1
1.2 Höhe und Dauer des Krankentagegelds..... 1
1.3 Leistungen am Wohnort und auf Reisen..... 2
1.4 Leistungsausschlüsse und -reduzierung..... 3
1.5 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung..... 4

2. Krankentagegeld im Mutterschutz..... 4

2.1 Höhe und Dauer des Krankentagegelds..... 4
2.2 Leistungen am Wohnort und auf Reisen..... 5
2.3 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistungen..... 5

3. Umfang des Versicherungsschutzes.. 5

4. Allgemeines zu unseren Zahlungen ... 5

4.1 Recht auf die Leistungen 5
4.2 Nachweise, damit wir zahlen können..... 5

5. Sonstige vertragliche Verhaltenspflichten 6

6. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können..... 6

7. Beitrag und Beitragsänderungen..... 6

7.1 Beitragszahlung..... 6
7.2 Beitragsänderungen..... 6

8. Weitere Vertragsänderungen 6

8.1 Recht auf Beitragsbefreiung..... 6
8.2 Erhöhung des Krankentagegelds..... 6
8.3 Änderung der Vertragsbedingungen..... 7

9. Vertragsende und Fortsetzung..... 7

9.1 Kündigung 7
9.2 Sonstiges Vertragsende..... 7
9.3 Fortsetzung..... 8

10. Sonstige Regelungen..... 8

10.1 Offenlegung..... 8
10.2 Kosten, die wir abziehen können 8
10.3 Verrechnung von Zahlungen..... 8
10.4 Deutsches Recht..... 8
10.5 Beschwerdemöglichkeiten 8

1. Krankentagegeld bei gesundheitlicher Arbeitsunfähigkeit

1.1 Arbeitsunfähigkeit und Leistungserbringer

Begriff	Begriffsbestimmung	Besondere Voraussetzungen
Arbeitsunfähigkeit	Sie sind arbeitsunfähig, wenn Sie Ihre Arbeit wegen eines maßgeblichen medizinischen Grunds nicht ausüben können, nicht ausüben und auch nicht sonst erwerbstätig sind. Als Arbeit ist die berufliche Tätigkeit entscheidend, die Sie vor der Arbeitsunfähigkeit zuletzt ausgeübt haben. Für die Arbeitsunfähigkeit muss einer dieser Gründe nach medizinischem Befund vorliegen: • Sie können wegen einer Krankheit oder Unfallfolge Ihre Arbeit nicht mehr ausüben. • Sie können zwar trotz Krankheit oder Unfallfolge arbeiten. Es besteht aber die Gefahr, dass sich durch diese Tätigkeit Ihr Gesundheitszustand verschlimmert. • Sie sind krank oder leiden an einer Unfallfolge und es ist absehbar, dass Sie, wenn Sie weiter arbeiten, Ihre Arbeit gesundheitlich nicht mehr ausüben können. Wir zahlen das Krankentagegeld nur, wenn Sie sich von einem dieser Leistungserbringer behandeln lassen, während Sie arbeitsunfähig sind: • ein Arzt oder Zahnarzt, der zur Ausübung der Heilkunde berechtigt ist. Außerdem muss er niedergelassen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein. • im Krankenhaus. Bei Tuberkulose können Sie zudem in eine Tuberkulose-Heilstätte oder ein Tuberkulose-Sanatorium gehen.	Bietet ein Krankenhaus auch Kuren und Sanatoriums-Behandlungen an oder nimmt es Genesende auf, zahlen wir nur, wenn wir dies vorher schriftlich zugesagt haben. Wenn wir feststellen, dass wir leistungspflichtig sind, sagen wir unsere Zahlung zu. Ohne Zusage zahlen wir, wenn alle diese Voraussetzungen erfüllt sind: • Sie werden als Notfall in das Krankenhaus eingewiesen, müssen wegen eines Notfalls sofort stationär behandelt werden oder müssen stationär operiert werden. • Das Krankenhaus ist das einzige, nächstgelegene geeignete Krankenhaus für Ihre Behandlung.

1.2 Höhe und Dauer des Krankentagegelds

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Vereinbarter Tagessatz	Ihr Krankentagegeld richtet sich nach dem vereinbarten Tagessatz. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wenn mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen gleichzeitig dazu führen, dass Sie arbeitsunfähig sind, zahlen wir das Krankentagegeld nicht für jede Krankheit oder Unfallfolge gesondert.	
Versicherte Tage	Wir zahlen das Krankentagegeld für jeden Tag, an dem Sie arbeitsunfähig sind (auch für Sonn- und Feiertage). Das gilt auch, wenn Sie unmittelbar nach der Arbeitsunfähigkeit an einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Arbeitsleben teilnehmen.	Sie und Ihr Arbeitgeber müssen mit dem ärztlichen Wiedereingliederungs-Plan einverstanden sein. Hierzu benötigen wir diesen Plan Ihres Arztes.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Beginn - ab der 7. Woche Ihrer Arbeitsunfähigkeit	Wir zahlen, sobald Ihr Arbeitgeber Ihr Entgelt nicht mehr weiterzahlen muss, aber nicht vor Ablauf der Karenzzeit. Die Karenzzeit sind die ersten 6 Wochen Ihrer Arbeitsunfähigkeit. Das heißt, wir zahlen frühestens ab der 7. Woche, nachdem Sie arbeitsunfähig geworden sind. Wenn Sie wieder arbeitsfähig sind und innerhalb der nächsten 6 Monate wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut arbeitsunfähig werden, rechnen wir die Zeiten der vorherigen Arbeitsunfähigkeit auf die Karenzzeit an. Das gilt aber nur für die Zeiten aus den letzten 12 Monaten vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit.	
Leistungshöchstdauer - höchstens für 78 Wochen in 3 Jahren	Sie erhalten das Krankentagegeld wegen einer Krankheit oder Unfallfolge für eine begrenzte Zeit. Denn wir zahlen höchstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren (§ 48 Fünftes Sozialgesetzbuch). Der 3-Jahres-Zeitraum beginnt mit dem Tag, an dem Sie erstmals arbeitsunfähig geworden sind.	
- erneuter Anspruch für weitere 3 Jahre	Wenn Sie nach dem 3-Jahres-Zeitraum wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge wieder arbeitsunfähig werden, zahlen wir erneut das Krankentagegeld. Dafür müssen die besonderen Voraussetzungen erfüllt sein. Wir zahlen dann in den nächsten 3 Jahren wiederum für höchstens 78 Wochen. Dieser 3-Jahres-Zeitraum beginnt mit dem Tag, an dem Sie erneut arbeitsunfähig geworden sind.	Für den erneuten Anspruch müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Sie werden frühestens 6 Monate nach dem letzten 3-Jahres-Zeitraum wieder arbeitsunfähig. • Sie waren zwischen dem letzten 3-Jahres-Zeitraum bis zur erneuten Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen nach diesem Tarif versichert.
- Regeln zur Fristenberechnung	Für den einzelnen 78-Wochen-Zeitraum berücksichtigen wir nur die Zeiten, in denen Sie ein Recht auf Krankentagegeld haben. Dieser Zeitraum verlängert sich nicht, wenn eine weitere Krankheit oder Unfallfolge dazukommt.	

1.3 Leistungen am Wohnort und auf Reisen

Versicherte Länder	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Wohnort	Versicherungsschutz besteht an Ihrem Wohnort. Als Wohnort gilt, wo Sie sich gewöhnlich aufhalten. Der Wohnort muss in einem Staat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder in der Schweiz sein.	
Reisen im Land Ihres Wohnorts	Wenn Sie sich vorübergehend nicht an Ihrem Wohnort, aber im Land Ihres Wohnorts aufhalten, zahlen wir nur, wenn Sie aus medizinischen Gründen im Krankenhaus untergebracht werden müssen. Das gilt auch für eine fremde Stadt, wenn Sie etwa in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Eine weitere Ausnahme ist, wenn Sie während einer Reise im Land Ihres Wohnorts arbeitsunfähig werden. Dann zahlen wir auch bei ambulanter Behandlung. Dafür muss Ihre Krankheit oder die Unfallfolge es nach medizinischem Befund ausschließen, dass Sie an ihren Wohnort zurückkehren.	

Versicherte Länder	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Reisen in andere europäische Länder	Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen europäischen Staaten zahlen wir nur, wenn Sie dort akut erkranken oder verunfallen. Wir zahlen dann im versicherten Zeitraum (Ziffer 1.2), solange Sie aus medizinischen Gründen in einem Krankenhaus untergebracht werden müssen.	
Reisen in nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Das gilt nur, wenn Sie dort akut erkranken oder verunfallen und aus medizinischen Gründen in einem Krankenhaus untergebracht werden müssen. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger untergebracht werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können, aber längstens für den versicherten Zeitraum (Ziffer 1.2).	

1.4 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss oder Einschränkung	Erläuterungen
Krieg und Wehrdienstbeschädigung	Wir zahlen nicht, wenn Sie durch Kriegsereignisse verletzt werden. Wenn Sie nicht im Land Ihres Wohnorts und auch nicht in Deutschland sind, zahlen wir dennoch. Dafür muss Sie der Kriegsbeginn überraschen und Sie müssen ohne Schuld im Kriegsgebiet bleiben. Wir zahlen auch nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	Terroristische Anschläge sind keine Kriegsereignisse. Als Wohnort gilt, wo Sie sich gewöhnlich aufhalten. Ein Kriegsereignis ist überraschend, wenn es hierzu keine Reisewarnung des deutschen Auswärtigen Amts gab, bevor Sie das Land, in dem Sie wohnen, verlassen haben.
Schwangerschaft und Entbindung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt oder Entbindung arbeitsunfähig sind. Wir zahlen auch nicht in der Zeit, in der für Sie ein gesetzliches Beschäftigungsverbot für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz) besteht. Unsere Leistungspflicht nach Ziffer 2 gilt unverändert.	
Kur und Sanatoriums-Behandlung	Wir zahlen nicht während einer Kur- oder Sanatoriums-Behandlung.	Kuren und Sanatoriumsbehandlung sind Maßnahmen, die typischerweise der Erhaltung der Gesundheit dienen (etwa Badekuren).
Entwöhnung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ausschließlich wegen einer Entwöhnung behandelt werden.	Eine Entwöhnung ist eine Behandlung, die darauf abzielt, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen.
Sie sind in einem Heilbad oder Kurort	Wenn Sie sich in einem Heilbad oder Kurort aufhalten, zahlen wir nur, wenn Sie dort aus einem dieser Gründe arbeitsunfähig werden: • Sie erkranken akut. • Sie erleiden einen Unfall. In beiden Fällen zahlen wir, solange Ihre Krankheit oder die Unfallfolge es nach medizinischem Be-fund ausschließen, dass Sie an ihren Wohnort zurückkehren, aber längstens für den versicherten Zeitraum (Ziffer 1.2). Außerdem zahlen wir, wenn sie in dem Heilbad oder Kurort wohnen.	

Grund	Ausschluss oder Einschränkung	Erläuterungen
Reha-Maßnahme	Während einer Reha-Maßnahme des gesetzlichen Reha-Trägers zahlen wir nur unter diesen Voraussetzungen: • Aus medizinischen Gründen beginnt die Reha-Maßnahme, während Sie arbeitsunfähig sind. • Sie sind mindestens 14 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig. Die Zahlung des Reha-Trägers, um Ihren Einkommensausfall auszugleichen, kann Ihr Krankentagegeld kürzen. Denn wir rechnen sie an, soweit sie und sonstige Krankentage- und Krankengelder Ihr auf den Tag umgerechnetes Netto-Einkommen übersteigen.	

1.5 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Arbeitsunfähigkeit während Heilbehandlung	Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden. Während der Heilbehandlung muss zusätzlich ein Arzt oder Zahnarzt Ihre Arbeitsunfähigkeit feststellen. Die Behandlung muss zudem medizinisch notwendig sein.	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können - nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen nicht mehr arbeitsunfähig sind und keine Behandlung mehr benötigen. Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich bereits in einer Behandlung befinden und dann auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Ihr Arzt oder Zahnarzt muss zudem alleine dafür wieder Ihre Arbeitsunfähigkeit feststellen. Das gilt nur, wenn die erneute Arbeitsunfähigkeit nicht mit der bereits behandelten Krankheit oder Unfallfolge zusammenhängt.	

2. Krankentagegeld im Mutterschutz

2.1 Höhe und Dauer des Krankentagegelds

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Vereinbarter Tagessatz	Ihr Krankentagegeld richtet sich nach dem vereinbarten Tagessatz. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein.	Das gilt nur, soweit Ihnen kein Mutterschaftsgeld, Elterngeld oder sonstiger angemessener Ersatz zusteht. Ein solcher Anspruch kürzt Ihr Krankentagegeld. Denn wir rechnen ihn auf die Höhe des Krankentagegelds an.
Versicherte Tage	Wir zahlen das Krankentagegeld für • jeden Tag in den Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Gesetzes zum Schutz erwerbstätiger Mütter. • den Entbindungstag. Das gilt auch für Sonn- und Feiertage.	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Beginn - ab der 7. Woche nach Beginn der Mutterschutz-Zeit	Wir zahlen ab der 7. Woche, nachdem die Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Gesetzes zum Schutz erwerbstätiger Mütter begonnen hat.	

2.2 Leistungen am Wohnort und auf Reisen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Weltweit	Versicherungsschutz besteht weltweit.	

2.3 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistungen

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Verdienstausfall in Mutterschutz-Zeit	Damit wir leisten, müssen Sie einen Verdienstausfall haben, weil Sie in diesen Zeiten nicht oder nur eingeschränkt beruflich arbeiten: • in den Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Gesetzes zum Schutz erwerbstätiger Mütter. • am Entbindungstag.	
Zusätzliche Arbeitsunfähigkeit	Sind Sie während des Versicherungsfalls Verdienstausfall in Mutterschutz-Zeit arbeitsunfähig, zahlen wir nur das Krankentagegeld im Mutterschutz.	

3. Umfang des Versicherungsschutzes

3.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Für Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes leisten wir nicht. Ausnahme: Wenn der Versicherungsnehmer bei uns abgeschlossen hat und danach ein Versicherungsfall eintritt, aber der Versicherungsschutz noch nicht begonnen hat, zahlen wir für ihn. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

3.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:
- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

3.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen oder einen Verdienstausfall während Schutzfristen nach dem Gesetz zum Schutz erwerbstätiger Mütter.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für bis zu weitere 30 Tage. Das gilt für eine Arbeitsunfähigkeit oder einen Verdienstausfall während der Schutzfristen nach dem Gesetz zum Schutz erwerbstätiger Mütter. Dies setzt voraus, dass diese bei der Beendigung noch bestehen. Das gilt aber höchstens bis zum Ende der Leistungshöchstdauer.

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie berufsunfähig geworden sind, zahlen wir das Krankentagegeld befristet weiter. Dafür müssen Sie unmittelbar vor der Beendigung bereits arbeitsunfähig gewesen sein. Dann zahlen wir für bis zu 3 zusätzliche Monate nach der Beendigung. Das gilt aber höchstens bis zum Ende der Leistungshöchstdauer.

4. Allgemeines zu unseren Zahlungen

4.1 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

4.2 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Für das Krankentagegeld bei gesundheitlicher Arbeitsunfähigkeit gilt: Sie müssen uns eine Bescheinigung Ihres Arztes oder Zahnarztes vorlegen. Darin muss stehen, seit wann und wie lange Sie arbeitsunfähig sind. Den ersten Nachweis über Ihre Arbeitsunfähig-

keit müssen Sie uns so schnell wie möglich, spätestens aber zum Leistungsbeginn nach Ziffer 1.2 vorlegen. Während Sie arbeitsunfähig sind, müssen Sie die Bescheinigung alle 2 Wochen vorlegen.

Bescheinigungen, die von Ihrem Ehegatten, eingetragenem Lebenspartner, Elternteil oder Kind ausgestellt worden sind, reichen nicht aus.

Für den Nachweis müssen Sie unser Formular verwenden. Das gilt nicht, wenn Sie Krankengeld erhalten oder beantragt haben. In diesem Fall genügt uns die Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung, die für die gesetzliche Krankenversicherung ausreicht.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Nachweispflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

Die Kosten für den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit müssen Sie tragen.

5. Sonstige vertragliche Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Sie müssen dafür sorgen, dass sie wieder arbeitsfähig werden. Hierzu gehört vor allem, dass Sie sich an die Empfehlungen Ihres Arztes halten. Auch dürfen sie nichts tun, was ihre Genesung behindert.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie eine dieser Pflichten verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

Wenn Sie eine weitere Krankentagegeld-Versicherung neu abschließen oder erhöhen wollen, müssen wir dem zustimmen. Das gilt auch, wenn Sie eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld nach § 52 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch neu abschließen oder erhöhen wollen.

Wir können kündigen, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz.

6. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

7. Beitrag und Beitragsänderungen

7.1 Beitragszahlung

7.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

7.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

7.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

7.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

7.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

8. Weitere Vertragsänderungen

8.1 Recht auf Beitragsbefreiung

8.1.1 Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann eine vorübergehende Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung verlangen. Das bedeutet:
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.
- Sie behalten in dieser Zeit aber Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung kann in diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, vereinbart werden:
- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Familien-Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt ("Sabbatical").

8.1.2 Dauer der Beitragsbefreiung

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, muss der Beitrag ab diesem Tag nicht mehr bezahlt werden. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, gilt die Beitragsbefreiung erst ab dem nächsten Monat.

Die Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung kann für jeweils höchstens 36 Monate verlangt werden. Vor Ablauf dieser Frist endet die Beitragsbefreiung mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft. Der Versicherungsnehmer muss ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

8.2 Erhöhung des Krankentagegelds

8.2.1 Erhöhungsrecht

Wenn sich Ihr Netto-Einkommen erhöht, kann der Versicherungsnehmer von uns verlangen, dass wir den Tagessatz entsprechend erhöhen. Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern nicht höher sein als das auf den Tag umgerechnete Netto-Einkommen.
Die Erhöhung muss mindestens 5 Euro betragen. Insgesamt sichern wir aber höchstens einen Tagessatz von 25 Euro ab.

Wir müssen den Antrag auf Erhöhung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem sich Ihr Netto-Einkommen erhöht hat.

Der neue Tagessatz gilt ab Beginn des Monats, der auf die Erhöhung des Netto-Einkommens folgt.

8.2.2 Ermittlung des Netto-Einkommens

So ermitteln wir Ihr Netto-Einkommen:
- Wir nehmen Ihren Durchschnittsverdienst aus Ihrer beruflichen Tätigkeit. Entscheidend sind die letzten 12 Monate, bevor Sie arbeitsunfähig geworden sind.
- Wir nehmen Ihren durchschnittlichen Monatsverdienst ab Beginn der Elternzeit, wenn Sie Ihre berufliche Tätigkeit während Ihrer Elternzeit ausüben.

8.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

8.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:
- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

8.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchstrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

9. Vertragsende und Fortsetzung

9.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

9.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

9.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

9.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:
- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

9.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

9.2 Sonstiges Vertragsende

9.2.1 67. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 67. Geburtstag haben.

9.2.2 Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

9.2.3 Berufsunfähigkeit

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, in dem Sie berufsunfähig werden. Das ist der Fall, wenn Sie im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig sind. Die Berufsunfähigkeit muss nach medizinischem Befund vorliegen.

Der Versicherungsnehmer muss uns so schnell wie möglich informieren, wenn Sie berufsunfähig werden.

Wenn wir erst später davon erfahren, müssen Sie uns das Krankentagegeld zurückzahlen, das Sie für die Zeit nach der Versicherung erhalten haben. Wir zahlen dem Versicherungsnehmer die Beitragsanteile für die Zeit nach der Versicherung zurück.

9.2.4 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine dieser Renten beziehen:
- eine Berufsunfähigkeitsrente.
- eine Erwerbsunfähigkeitsrente.
- eine Rente wegen voller Erwerbsminderung.
- eine Altersrente.

9.2.5 Wegzug

Ihre Versicherung endet, wenn Sie aus der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz wegziehen. Sie endet mit Ablauf des Monats, in dem Sie wegziehen.

9.2.6 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

9.3 Fortsetzung

9.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversiche-rung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

9.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie
- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 67 Jahre geworden sind oder

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

10. Sonstige Regelungen

10.1 Offenlegung

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir unsere Leistungspflicht prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

10.2 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

10.3 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

10.4 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

10.5 Beschwerdemöglichkeiten

10.5.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

10.5.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

10.5.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

10.5.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.