

## Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung

Die Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung gelten für die Bausteine, die Sie bei uns - Allianz Private Krankenversicherungs-AG - abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner. Diese setzen sich aus den Regelungen für den bei uns abgeschlossenen Baustein (Teil A) sowie den Baustein übergreifenden Regelungen in den Teilen B und C zusammen.

Wenn Sie den Baustein im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags oder Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherung- und Kollektivverträge. Diese finden Sie im Anschluss an die Erläuterung von Fachausdrücken.

Wenn Sie mit uns mehrere Verträge unterhalten, können für einzelne Verträge andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung nicht.

### Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben (Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein, Ziffer 2 Tarifbedingungen und - wenn vereinbart - Ziffer 3 Sonderbedingungen). Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem die besonderen Verhaltensregeln beschrieben, die in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen (besondere Obliegenheiten).

Übergreifende Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, sowie Regelungen zu den Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen finden Sie in Teil B - Private Krankenversicherung.

### Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung
3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

### Teil C - Allgemeine Regelungen

Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Beginn des Versicherungsschutzes
2. Versicherung für fremde Rechnung
3. Deutsches Recht
4. Zuständiges Gericht
5. Verjährung
6. Aufrechnung

### Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt

werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen.

Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→Schriftform"

## Baustein Spezial-Krankentagegeld-Versicherung

Im Baustein Spezial-Krankentagegeld-Versicherung bieten wir Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne verursacht wird. Im Versicherungsfall zahlen wir für die Dauer einer bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang. Außerdem bieten wir für weibliche →versicherte Personen Versicherungsschutz gegen einen Verdienstaufschlag während gesetzlicher Mutterschutz-Zeiten.

Die Beiträge für die Tarife dieses Bausteins enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

Unter Ziffer 1 finden Sie die Allgemeinen Regelungen zum Baustein Spezial-Krankentagegeld-Versicherung. Diese gelten unabhängig vom jeweils gewählten Tarif dieses Bausteins. Welche zusätzlichen Regelungen speziell für den vereinbarten Tarif gelten, können Sie den Tarifbedingungen unter Ziffer 2 entnehmen. Sonderbedingungen für einen Tarif dieses Bausteins werden unter Ziffer 3 wiedergegeben, wenn diese mit Ihnen vereinbart worden sind.

Wenn Sie einen Tarif dieses Bausteins im Rahmen eines →Gruppenversicherungsvertrags oder →Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten dafür zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherungs- und Kollektivverträge.

### 1. Allgemeine Regelungen zum Baustein

#### 1.1 Regelungen zum Versicherungsfall und zum Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1.1 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
- 1.1.2 Welche Regelungen zum Versicherungsschutz finden Sie in den Tarifbedingungen?
- 1.1.3 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
- 1.1.4 Unter welchen Voraussetzungen rechnen wir zu Versicherungsbeginn eine Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten an?
- 1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?
- 1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
- 1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts oder des Geschäftssitzes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz?
- 1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

#### 1.1.1 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

- Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
  - den →schriftlichen Vereinbarungen,
  - den Versicherungsbedingungen für Ihre private Krankenversicherung (Regelungen für diesen Baustein - Teil A - sowie Baustein übergreifende Regelungen in den Teilen B und C),
  - den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
  - den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

#### 1.1.2 Welche Regelungen zum Versicherungsschutz finden Sie in den Tarifbedingungen?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) finden Sie die Regelungen über

- den Versicherungsfall,
- die Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne (bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit),
- Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen und
- die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse.

Das versicherte Krankentagegeld wird ab dem Zeitpunkt gezahlt, der in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) festgelegt ist.

Wenn die →versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut arbeitsunfähig im vertraglichen Sinne wird, rechnen wir die Zeiten der vorherigen Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge, die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen worden sind, auf die →Karenzzeit an.

beitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge, die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen worden sind, auf die →Karenzzeit an.

#### 1.1.3 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

##### (1) Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

##### (2) Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten für

- Psychotherapie,
- Zahnbehandlung,
- Zahnersatz,
- Kieferorthopädie und
- Leistungen während der Mutterschutz-Zeiten nach den Regelungen in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

##### (3) Beginn der Wartezeiten

Die Wartezeiten beginnen mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

##### (4) Erlass der Wartezeiten

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn Sie uns über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person ein ärztliches Zeugnis vorlegen. Dieses muss auf unserem hierfür vorgesehenen Formular verfasst sein und uns innerhalb von 14 Tagen vorliegen, nachdem Sie den Abschluss der Tarife dieses Bausteins für diese Person beantragt haben. Die Kosten für dieses ärztliche Zeugnis müssen Sie tragen. Wenn Sie die Frist nach Satz 2 nicht einhalten, gilt der Antrag für den Abschluss mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

##### (5) Wartezeiten bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Wartezeitenregelungen auch für die Erweiterung.

##### (6) Regelungen in den Tarifbedingungen

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass die Wartezeiten nicht gelten.

#### 1.1.4 Unter welchen Voraussetzungen rechnen wir zu Versicherungsbeginn eine Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten an?

##### (1) Versicherungszeit aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder Heilfürsorge

Wir rechnen bei Personen, die

- aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder
  - aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge
- ausgeschlossen sind (Vorversicherung), die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten des für sie abgeschlossenen Tarifs dieses Bausteins an. Die An-

rechnung erfasst das gesamte zu Versicherungsbeginn vereinbarte Krankentagegeld.

Die Anrechnung setzt voraus, dass

- der für diese Person abgeschlossene Tarif dieses Bausteins spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung
- gleichzeitig mit der für diese Person bei uns abgeschlossenen →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung beantragt worden ist und
- der beantragte Versicherungsschutz für diese Person im unmittelbaren Anschluss an die Vorversicherung beginnen soll.

## **(2) Versicherungszeit aus einer privaten Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer**

Wir rechnen bei Personen, die aus

- einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung bei einem anderen Versicherer und
- einer dort gleichzeitig unterhaltenen Krankentagegeld-Versicherung

ausgeschlossen sind (Vorversicherung), die nachweislich in der Krankentagegeld-Versicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten des für sie abgeschlossenen Tarifs dieses Bausteins an. Die Anrechnung erfasst das gesamte zu Versicherungsbeginn vereinbarte Krankentagegeld.

Die Anrechnung setzt voraus, dass

- der für diese Person abgeschlossene Tarif dieses Bausteins spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung
- gleichzeitig mit der für diese Person bei uns abgeschlossenen substitutiven Krankheitskosten-Versicherung beantragt worden ist und
- der beantragte Versicherungsschutz für diese Person im unmittelbaren Anschluss an die Vorversicherung beginnen soll.

### **1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?**

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes (siehe Teil C Ziffer 1) eingetreten sind oder unter den Voraussetzungen von Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) wegen Verzugs mit dem Erstbeitrag vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, leisten wir grundsätzlich nicht. Im Rahmen dieses Bausteins erbringen wir in diesen Fällen jedoch teilweise Leistungen. Dabei gilt Folgendes:

#### **(1) Versicherungsfälle, die zwischen dem Abschluss eines Tarifs nach diesem Baustein und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten**

Bei Versicherungsfällen, die nach Abschluss eines Tarifs dieses Bausteins, aber vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt (siehe Teil C Ziffer 1 Absatz 3).

#### **(2) Versicherungsfälle, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten**

Bei Versicherungsfällen, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) Satz 2).

### **1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?**

#### **(1) Versicherungsschutz im Land des gewöhnlichen Aufenthalts in der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz**

Versicherungsschutz besteht

- in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- in dem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum,

in welchem die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Versicherungsschutz besteht auch in der Schweiz, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

## **(2) Versicherungsschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt**

### **a) Europäisches Ausland**

Wenn die →versicherte Person sich vorübergehend in einem europäischen Staat aufhält, in dem sie nicht ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, und dort akut erkrankt oder verunfallt, zahlen wir das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.

Wenn nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) die Krankentagegeld-Zahlung auf eine Leistungshöchstdauer begrenzt ist, leisten wir jedoch nicht über diese Höchstdauer hinaus.

### **b) Außereuropäisches Ausland**

Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

## **(3) Regelung in den Tarifbedingungen**

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können über Absätze 1 und 2 hinausgehende Leistungen vorsehen.

### **1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts oder des Geschäftssitzes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz?**

#### **(1) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts**

Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz verlegt, enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins.

Die Krankentagegeld-Tarife können jedoch durch gesonderte Vereinbarung fortgesetzt werden. In diesem Fall sind wir berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen.

#### **(2) Verlegung des Geschäftssitzes**

Wenn die →versicherte Person selbstständig tätig ist und ihren Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz verlegt, enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins.

Die Krankentagegeld-Tarife können jedoch durch gesonderte Vereinbarung fortgesetzt werden. In diesem Fall sind wir berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen.

### **1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz nach diesem Baustein oder einem Tarif dieses Bausteins endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Baustein oder der Tarif endet.

Wenn wir den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins nach Ziffer 1.8.3 Absatz 1 kündigen, endet für schwebende Versicherungsfälle der Versicherungsschutz nach den von der Kündigung erfassten Tarifen erst am dreißigsten Tag nach Beendigung dieser Tarife.

Wenn ein Tarif dieses Bausteins endet, weil die versicherte Person nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) nicht mehr versicherungsfähig ist oder sie berufsunfähig wird, richtet sich unsere Leistungspflicht nach Ziffer 1.8.4 Absätze 1 oder 2.

## **1.2 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen sowie das Recht auf Offenlegung**

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?**
- 1.2.2 Welcher Nachweis über Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist erforderlich?**
- 1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?**
- 1.2.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?**

## 1.2.5 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

### 1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

#### (1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.2.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

#### (2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalles abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

### 1.2.2 Welcher Nachweis über Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist erforderlich?

Der Eintritt und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes auf unserem hierzu vorgesehenen Formular nachzuweisen. Etwaige Kosten hierfür müssen Sie tragen.

Bescheinigungen, die von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Eltern oder Kindern ausgestellt worden sind, reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

Welche Zeitpunkte Sie für die Information über den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und für den Nachweis der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit beachten müssen, ist in Ziffer 1.3.3 Absätze 1 und 2 geregelt.

### 1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

### 1.2.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Nachweisen können von den Leistungen abgezogen werden.

## 1.2.5 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

#### (1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)

Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechnigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht, das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit prüfen.

#### (2) Berechnigte Personen

Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person). An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:

- der →versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

## (3) Unsere Kostentragung

Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

## 1.3 Besondere Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

### 1.3.1 Was gilt bei einem Berufswechsel?

### 1.3.2 In welchen Fällen ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn für die versicherte Person eine andere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

### 1.3.3 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalles beachtet werden?

### 1.3.4 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?

### 1.3.5 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

### 1.3.1 Was gilt bei einem Berufswechsel?

Sie müssen uns jeden Berufswechsel der →versicherten Person unverzüglich anzeigen.

### 1.3.2 In welchen Fällen ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn für die versicherte Person eine andere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

#### (1) Mehrere Krankentagegeld-Versicherungen

Unsere Einwilligung ist erforderlich für

- den Neuabschluss einer weiteren Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld oder
- die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld.

#### (2) Ergänzende Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld

Unsere Einwilligung ist erforderlich für

- den Neuabschluss einer Versicherung mit Anspruch auf →Krankengeld nach § 53 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) oder
- die Erhöhung einer schon bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld nach § 53 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

### 1.3.3 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalles beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

#### (1) Pflicht zur Anzeige einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit

Sie müssen uns über eine Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne unverzüglich, spätestens aber am Tag des tariflich vereinbarten Leistungsbeginns, eine Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes vorlegen.

Andernfalls kann das Krankentagegeld nach Maßgabe von Teil B Ziffer 3.1 Absatz 1 bis zu dem Tag, an dem uns die Bescheinigung zugegangen ist, gekürzt werden oder ganz entfallen. Das Krankentagegeld wird jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt gezahlt, der in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) vorgesehen ist.

#### (2) Pflicht zum Nachweis der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit

Sie müssen uns eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne wie folgt nachweisen:

- durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes,
- auf unserem hierzu vorgesehenen Formular und
- alle 2 Wochen erneut.

### (3) Erteilung von Auskünften

Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,

- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig sind und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

Diese Pflicht gilt auch gegenüber Personen, die wir beauftragt haben, die Auskünfte einzuholen.

### (4) Ärztliche Untersuchung

Die →versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

### (5) Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Die →versicherte Person ist verpflichtet, für die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit zu sorgen. Sie ist insbesondere verpflichtet, die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die ihrer Genesung hinderlich sind.

### (6) Pflicht zum Nachweis der wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit

Wenn die →versicherte Person wieder arbeitsfähig ist, müssen Sie uns darüber innerhalb von 3 Tagen informieren.

#### 1.3.4 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere →Obliegenheiten geregelt sein. Übergreifende Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie in Teil B.

#### 1.3.5 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

Die Rechtsfolgen einer Verletzung von →Obliegenheiten nach Ziffern 1.3.1 bis 1.3.3 sowie nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ergeben sich aus Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

## 1.4 Besondere Informationspflichten für diesen Baustein

Inhalt dieses Abschnitts:

- #### 1.4.1 Welche Informationspflichten müssen Sie beachten, wenn die versicherte Person nicht mehr versicherungsfähig ist oder berufsunfähig geworden ist?
- #### 1.4.2 Welche weiteren Informationspflichten müssen beachtet werden?

#### 1.4.1 Welche Informationspflichten müssen Sie beachten, wenn die versicherte Person nicht mehr versicherungsfähig ist oder berufsunfähig geworden ist?

Sie müssen uns unverzüglich informieren, sobald die →versicherte Person

- eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) bestimmte Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt oder
- berufsunfähig wird (siehe Ziffer 1.8.4 Absatz 2).

Wenn wir erst später davon Kenntnis erlangen,

- müssen Sie an uns die für die Zeit nach Beendigung des Krankentagegeld-Tarifs empfangenen Leistungen zurückzahlen und
- müssen wir Ihnen die für die Zeit nach Beendigung des Krankentagegeld-Tarifs gezahlten Beitragsanteile zurückzahlen.

#### 1.4.2 Welche weiteren Informationspflichten müssen beachtet werden?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere Informationspflichten geregelt sein.

## 1.5 Übertragung vertraglicher Ansprüche

### Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

## 1.6 Beitrag und Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- #### 1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
- #### 1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?
- #### 1.6.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?
- #### 1.6.4 Ab wann müssen Sie den Beitrag bei Erreichen einer bestimmten Altersstufe zahlen?
- #### 1.6.5 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?
- #### 1.6.6 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

#### 1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

#### 1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

##### (1) Grundlagen der Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

##### (2) Risikozuschläge bei Änderung der Beiträge

Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

##### (3) Leistungsausschluss oder Risikozuschlag bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und ein erhöhtes Risiko bei der →versicherten Person vorliegt, können wir für die Erweiterung des Versicherungsschutzes nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

#### 1.6.3 Wird eine Alterungsrückstellung gebildet?

Die Beiträge für die Tarife dieses Bausteins enthalten keine Anteile für die Bildung einer →Alterungsrückstellung.

#### 1.6.4 Ab wann müssen Sie den Beitrag bei Erreichen einer bestimmten Altersstufe zahlen?

Wenn in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelt ist, dass sich der Beitrag erhöht, weil ein bestimmtes Alter erreicht worden ist, müssen Sie den höheren Beitrag nach Ablauf des Monats zahlen, in dem die →versicherte Person dieses Alter erreicht hat. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.8.2 Absätze 1 und 3 kündigen.

#### 1.6.5 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

##### (1) Todesfall

Für den Monat, in dem die →versicherte Person an einem Tag stirbt, der nicht der letzte Tag des Monats ist, können wir für diese Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

##### (2) Vorzeitige Vertragsbeendigung

Wenn ein Tarif dieses Bausteins vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

### (3) Berechnung des Tagesbeitrags

Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

#### 1.6.6 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

Die übergreifenden Pflichten zur Beitragszahlung, die für alle Bausteine gelten, sowie die Regelungen zu den Folgen einer Pflichtverletzung finden Sie in Teil B.

## 1.7 Unsere Rechte zur Anpassung von Beitrag, Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.7.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag und einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen?
- 1.7.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

#### 1.7.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag und einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen?

##### (1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern, zum Beispiel wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der →versicherten Personen, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung.

Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den →technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Wenn die Gegenüberstellung zu den Versicherungsleistungen für eine →Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des →Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Wenn die Gegenüberstellung zu den Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

##### (2) Absehen von einer Beitragsanpassung

Von einer Beitragsanpassung können wir absehen, wenn wir und der →Treuhänder übereinstimmend die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend ansehen.

##### (3) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung oder Änderung eines Risikozuschlags

Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) über eine Beitragsanpassung sowie eine Änderung eines vereinbarten Risikozuschlags informieren. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

#### (4) Ihr Kündigungsrecht

Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.8.2 Absätze 1 und 5 kündigen.

#### 1.7.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

##### (1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders

Wir sind berechtigt, die jeweils betroffenen Versicherungsbedingungen anzupassen, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend ändern. Hierzu gehören insbesondere Änderungen von gesetzlichen Vorschriften, auf denen einzelne Regelungen des Vertrags beruhen.

Eine Anpassung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn

- sie zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder
- 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 und ein unabhängiger →Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

##### (2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen

Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

##### (3) Keine Schlechterstellung der Versicherten

Die geänderten Versicherungsbedingungen dürfen die Versicherten als einzige Regelung und im Zusammenwirken mit anderen Regelungen des Vertrags nicht schlechter stellen als die vor der Änderung geltenden Versicherungsbedingungen.

##### (4) Wirksamwerden der Änderungen

Wir werden Sie über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

Wir werden Sie über eine Ersetzung nach Absatz 2 ebenfalls in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

#### (5) Ihr Kündigungsrecht

Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, können Sie den betroffenen Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.8.2 Absätze 1 und 5 kündigen.

## 1.8 Beendigung des Bausteins

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.8.1 Welche Mindestversicherungsdauer ist vereinbart und wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
- 1.8.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?
- 1.8.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
- 1.8.4 In welchen Fällen endet der Baustein oder enden einzelne Tarife dieses Bausteins außerdem?

#### 1.8.1 Welche Mindestversicherungsdauer ist vereinbart und wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

##### (1) Mindestversicherungsdauer

Es gilt eine →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren. Wir rechnen bei einem Tarifwechsel die Dauer eines zuvor un-

erhaltenen Tarifs mit gleichartigem Versicherungsschutz auf die Mindestversicherungsdauer an.

## **(2) Berechnung des Versicherungsjahrs**

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

### **1.8.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?**

#### **(1) Allgemeine Voraussetzungen**

Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 5 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 6 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder die Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 6 verlangen.

#### **(2) Ordentliche Kündigung**

Sie können den Baustein zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens zum Ablauf der nach Ziffer 1.8.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

#### **(3) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen**

Wenn eine vertragliche Regelung dazu führt, dass sich der Beitrag erhöht,

- weil ein bestimmtes Alter erreicht worden ist oder andere in der Regelung genannte Voraussetzungen eingetreten sind und
- nunmehr ein Beitrag zu zahlen ist, der sich aus diesem Alter oder der entsprechenden Altersgruppe ergibt,

können Sie alle bei uns für die betroffene →versicherte Person abgeschlossenen Tarife innerhalb von 2 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

#### **(4) Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung oder auf Heilfürsorge**

Wenn die →versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird, können Sie innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins oder eine dafür bestehende →Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von 2 Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) aufgefordert haben. Das gilt nicht, wenn Sie das Versäumen dieser Frist nicht zu vertreten haben.

Wenn Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch machen, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Die Berechnung des Tagesbeitrags erfolgt gemäß Ziffer 1.6.5 Absatz 3.

Später können Sie die für die versicherte Person abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Der Beitrag steht uns in diesem Fall bis zur Beendigung dieser Tarife zu.

Der Versicherungspflicht steht gleich:

- der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder
- der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

#### **(5) Erhöhung von Beitrag oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen**

Wenn wir den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach Ziffer 1.7.1 erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns die Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 1.7.2 Absatz 1 vermindern oder nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) von unserem Recht auf Herabsetzung des Krankentagegelds Gebrauch machen, können Sie für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns die Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

#### **(6) Anspruch auf Aufhebung**

Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

### **1.8.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?**

#### **(1) Ordentliches Kündigungsrecht**

Wir können Tarife dieses Bausteins, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, mit einer Frist von 3 Monaten

- zum Ablauf der nach Ziffer 1.8.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren oder
  - zum Ende des dritten Versicherungsjahrs
- kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.

#### **(2) Verzicht auf unser ordentliches Kündigungsrecht**

##### **a) Begünstigter Personenkreis**

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht bei Personen, die

- aus der gesetzlichen Krankenversicherung,
- aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge oder
- bei einem anderen Versicherer aus einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung sowie einer dort gleichzeitig bestehenden Krankentagegeld-Versicherung ausgeschieden sind (Vorversicherung).

##### **b) Voraussetzungen und die Begrenzung unseres Kündigungsverzichts**

Unser Kündigungsverzicht setzt voraus, dass

- der für diese Person abgeschlossene Tarif dieses Bausteins spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung
- gleichzeitig mit der für diese Person bei uns abgeschlossenen →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung beantragt worden ist und
- der beantragte Versicherungsschutz für diese Person im unmittelbaren Anschluss an die Vorversicherung beginnen soll.

Unser Verzicht auf das Kündigungsrecht bezieht sich nur auf das zu Versicherungsbeginn vereinbarte Krankentagegeld.

##### **c) Regelungen in den Tarifbedingungen**

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können einen über die Absätze a) und b) hinausgehenden Verzicht auf unser ordentliches Kündigungsrecht vorsehen.

#### **(3) Außerordentliches Kündigungsrecht**

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne

→versicherte Personen, Tarife dieses Bausteins oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.

#### 1.8.4 In welchen Fällen endet der Baustein oder enden einzelne Tarife dieses Bausteins außerdem?

##### (1) Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Für die →versicherte Person endet der Tarif dieses Bausteins zum Ende des Monats, in dem sie eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) bestimmte Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt.

Wenn die betroffene versicherte Person jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall arbeitsunfähig im vertraglichen Sinne ist, endet der einzelne Tarif dieses Bausteins

- frühestens, wenn wir wegen dieser Arbeitsunfähigkeit keine Leistungen mehr erbringen müssen,
- jedoch spätestens 3 Monate, nachdem die versicherte Person die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt.

##### (2) Eintritt der Berufsunfähigkeit

Die für die →versicherte Person abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins enden 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.

Wenn die betroffene versicherte Person jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall arbeitsunfähig im vertraglichen Sinne ist, enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins

- frühestens, wenn wir wegen dieser Arbeitsunfähigkeit keine Leistungen mehr erbringen müssen,
- jedoch spätestens 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

##### (3) Bezug von Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente

Die für die →versicherte Person abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins enden mit dem Bezug

- einer Berufsunfähigkeitsrente,
- einer Erwerbsunfähigkeitsrente oder
- einer Rente wegen voller Erwerbsminderung.

##### (4) 67. Geburtstag

Die für die →versicherte Person abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins enden mit Ablauf des Tages, an dem sie 67 Jahre alt wird.

##### (5) Bezug von Altersrente

Die für die →versicherte Person abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins enden mit dem Bezug von Altersrente.

##### (6) Todesfall

Der Baustein endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

## 1.9 Fortsetzung des Bausteins

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.9.1 **Unter welchen Voraussetzungen kann der Baustein oder können Tarife dieses Bausteins fortgesetzt werden?**
- 1.9.2 **Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Wiederaufnahme in einen Krankentagegeld-Tarif verlangen?**

### 1.9.1 Unter welchen Voraussetzungen kann der Baustein oder können Tarife dieses Bausteins fortgesetzt werden?

#### (1) Ihre Kündigung

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Krankentagegeld-Tarife unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

#### (2) Berufswechsel

Wenn wir über einen Berufswechsel gemäß Ziffer 1.3.1 fristgerecht informiert worden sind, können Sie die Fortsetzung hinsichtlich der betroffenen →versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeld-Tarif verlangen. Hierzu müssen die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit erfüllt und die nach den Regelungen zum Netto-Einkommen maximale Krankentagegeld-Leistung darf nicht überschritten sein (siehe Teil A Ziffer 2 - Tarifbedingungen).

Wir können diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

#### (3) Nach dem 67. Geburtstag

Wenn die →versicherte Person nach dem 67. Geburtstag die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) weiterhin erfüllt, können Sie für diese Person eine bis zu deren 75. Geburtstag befristete Fortführung nach Maßgabe des § 196 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verlangen.

#### (4) Tod des Versicherungsnehmers

Wenn der Baustein aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Krankentagegeld-Tarife unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

### 1.9.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Wiederaufnahme in einen Krankentagegeld-Tarif verlangen?

Wenn die Tarife dieses Bausteins für die →versicherte Person beendet worden sind, weil sie

- ihre Erwerbstätigkeit unterbrochen hat,
  - berufsunfähig geworden ist oder
  - eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bezieht,
- verpflichten wir uns, auf Ihren Antrag die betroffene Person nach den folgenden Bedingungen wieder in einen Krankentagegeld-Tarif aufzunehmen:

#### (1) Fristgerechter Antrag

Der Antrag auf Wiederaufnahme muss innerhalb von 2 Monaten gestellt werden, nachdem

- die Person wieder erwerbstätig ist,
- die Person nicht mehr berufsunfähig ist,
- die Person keine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeitsrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung mehr bezieht.

Die Frist zur Antragstellung beginnt pro Person mit der Beendigung des Ereignisses, das bei ihr zur Beendigung der für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins geführt hatte. Wenn der Antrag erst gestellt wird, nachdem die 2-Monatsfrist abgelaufen ist, verfällt der Anspruch auf Wiederaufnahme.

#### (2) Abschließbare Krankentagegeld-Tarife

Der Anspruch auf Wiederaufnahme besteht maximal in Höhe des Versicherungsschutzes, den Sie bei uns für die →versicherte Person bis zur Beendigung der Tarife dieses Bausteins abgeschlossen hatten.

Außerdem müssen



- die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) des Krankentagegeld-Tarifs erfüllt sein und
- die Anspruchsgrundlagen für die Höhe des Tagessatzes noch gegeben sein.

Nach der Wiederaufnahme besteht Leistungsanspruch im vereinbarten Umfang auch für Krankheiten und Unfallfolgen, die zwischen der Beendigung der Tarife dieses Bausteins und der Wiederaufnahme in einen Krankentagegeld-Tarif neu eingetreten sind.

Wenn der andere Krankentagegeld-Tarif gegenüber den für die versicherte Person nach diesem Baustein abgeschlossenen Tarifen höhere oder umfassendere Leistungen (Mehrleistungen) vorsieht, können wir die Wiederaufnahme davon abhängig machen, dass für die Mehrleistungen besondere Vereinbarungen getroffen werden.

**(3) Maßgebliches Alter für die Beitragsberechnung**

Den Beitrag für den anderen Krankentagegeld-Tarif berechnen wir nach dem erreichten Alter, das die Person zum Beginn der Versicherung in dem anderen Krankentagegeld-Tarif hat.

## 2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarif-bezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Spezial-Krankentagegeld-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

### Tarif betriebliche KV Krankentagegeld E - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung bKV-Krankentagegeld E.

#### 2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Versicherungsfähigkeit)

**Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?**

##### (1) Erforderliche Eigenschaften während der Versicherung nach diesem Tarif

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange

- sie in einem festen Arbeitsverhältnis steht, aus dem sie ein Entgelt bezieht,
- sie Anspruch auf Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat und
- für sie bei uns keine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz besteht.

##### (2) Beendigung des Tarifs bei Wegfall einer erforderlichen Eigenschaft

Bei Wegfall einer nach Absatz 1 erforderlichen Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person gemäß Ziffer 1.8.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

#### 2.2 Besondere Regelungen zum Versicherungsschutz

##### 2.2.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

###### (1) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der →versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne ärztlich festgestellt wird.

###### (2) Beginn und Ende des Versicherungsfalles

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die →versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr arbeitsunfähig im vertraglichen Sinne und nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn während der Behandlung eine neue Krankheit oder Unfallfolge hinzutritt und behandelt wird und infolgedessen Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne ärztlich festgestellt wird, liegt nur dann ein neuer Versicherungsfall vor, wenn die erneut festgestellte bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht.

Wenn mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen gleichzeitig Ursache für die Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne sind, wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

##### 2.2.2 Wie bestimmt sich die Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne (bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit)?

###### (1) Bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit (Grundsatz)

Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne liegt vor, wenn die →versicherte Person

- wegen einer Krankheit oder Unfallfolge nach medizinischem Befund ihre zuletzt vor der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit ausgeübte berufliche Tätigkeit
- nicht mehr oder nur unter der Gefahr ausüben kann, dass sich die Krankheit oder Unfallfolge verschlimmert.

Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne setzt außerdem voraus, dass die versicherte Person ihre zuletzt vor der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit ausgeübte berufliche Tätigkeit auch nicht ausübt und auch nicht anderweitig erwerbstätig ist.

###### (2) Berufsausübung des Kranken mit nachteiligen Folgen für Gesundheit oder Gesundung

Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne liegt auch vor, wenn die →versicherte Person

- an einer Krankheit oder Unfallfolge leidet, die jeweils für sich allein zwar noch keine Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 bedingt,
- bei der aber nach medizinischem Befund absehbar ist, dass aus der weiteren Ausübung der beruflichen Tätigkeit für die Gesundheit oder Gesundung der versicherten Person abträgliche Folgen erwachsen, die eine Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 unmittelbar hervorrufen.

Auch in diesem Fall setzt die Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne außerdem voraus, dass die versicherte Person ihre zuletzt vor der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht ausübt und auch nicht anderweitig erwerbstätig ist.

#### 2.3 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.3.1 Was ist Voraussetzung für die Zahlung von Krankentagegeld?
- 2.3.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?
- 2.3.3 Welche Leistung beinhaltet dieser Tarif?
- 2.3.4 Welche Leistungshöchstdauer gilt für die Zahlung von Krankentagegeld?
- 2.3.5 Welche Besonderheiten gelten bei einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben?
- 2.3.6 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

##### 2.3.1 Was ist Voraussetzung für die Zahlung von Krankentagegeld?

Wir zahlen Krankentagegeld nur unter der Voraussetzung, dass die →versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne durch einen niedergelassenen oder in einem Krankenhaus oder medizinischen Versorgungszentrum tätigen, approbierten Arzt oder Zahnarzt behandelt wird.

### 2.3.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

#### (1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhäusern oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

#### (2) Auswahl von Krankenhäusern (Grundsatz)

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

#### (3) Besonderheiten bei Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Auf das Erfordernis unserer vorherigen schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns aber nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohlicher Zustand) medizinisch notwendig ist und das Krankenhaus für diese Behandlung das einzige, nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist.

Unsere vorherige schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, wenn die →versicherte Person medizinisch notwendig stationär operiert werden muss.

Bei Tuberkulose-Erkrankungen (Tbc-Erkrankungen) leisten wir im vertraglichen Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Tuberkulose-Sanatorien.

### 2.3.3 Welche Leistung beinhaltet dieser Tarif?

Wir zahlen nach Ablauf der vereinbarten →Karenzzeit (6 Wochen) das versicherte Krankentagegeld wie folgt:

Tarif bKV-Krankentagegeld E - Vereinbartes Krankentagegeld ab der 7. Woche

- der Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne oder
- nach Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG).

Unsere Leistung beginnt nach Wegfall des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, jedoch nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit. Es gilt die Leistungshöchstdauer nach Ziffer 2.3.4.

### 2.3.4 Welche Leistungshöchstdauer gilt für die Zahlung von Krankentagegeld?

#### (1) Leistungshöchstdauer von 78 Wochen

Wir zahlen das versicherte Krankentagegeld entsprechend § 48 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) innerhalb von 3 Jahren höchstens für die Dauer von 78 Wochen, wenn Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge besteht.

Die 3-Jahresfrist beginnt pro →versicherte Person mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne. Bei der Feststellung der Leistungshöchstdauer des Krankentagegelds werden Zeiten, in denen kein Anspruch auf Krankentagegeld besteht, nicht berücksichtigt. Wenn während der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit oder Unfallfolge hinzutritt, verlängert sich die Leistungshöchstdauer nicht.

### (2) Erneuter Leistungsanspruch für 78 Wochen nach Ablauf der 3-Jahresfrist

Nach Ablauf der 3-Jahresfrist nach Absatz 1 besteht ein erneuter Anspruch auf das versicherte Krankentagegeld für Arbeitsunfähigkeit im vertragliche Sinne wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge, wenn

- zwischen dem erneuten Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und dem Ablauf des zurückliegenden leistungspflichtigen 3-Jahreszeitraums mindestens 6 Monate verstrichen sind und
- die →versicherte Person in dieser Zeit ununterbrochen mit Anspruch auf Krankentagegeld bei uns versichert war.

In diesem Fall zahlen wir das versicherte Krankentagegeld wiederum für eine Leistungshöchstdauer von 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren.

Die 3-Jahresfrist rechnet in diesem Fall pro versicherte Person vom erstmaligen, erneuten Eintritt der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit an. Bei der Feststellung der Leistungshöchstdauer des Krankentagegelds werden Zeiten, in denen kein Anspruch auf Krankentagegeld besteht, nicht berücksichtigt. Wenn während der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit oder Unfallfolge hinzutritt, verlängert sich die Leistungshöchstdauer nicht.

### 2.3.5 Welche Besonderheiten gelten bei einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben?

#### (1) Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Wir zahlen das versicherte Krankentagegeld ebenfalls im vertraglichen Umfang, wenn für die →versicherte Person im unmittelbaren Anschluss an eine bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erfolgt.

Die Zahlung des versicherten Krankentagegelds setzt voraus, dass für die stufenweise Wiedereingliederung

- von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung →Krankengeld gezahlt wird oder
- von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger Übergangsgeld gezahlt wird, weil die stufenweise Wiedereingliederung während einer oder im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation erfolgt. Die Leistungseinschränkung nach Ziffer 2.4.3 Absatz 3 gilt insoweit nicht.

Wir rechnen Zahlungen, die der Arbeitgeber zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbringt, und ein vom gesetzlichen Rehabilitationsträger gezahltes Übergangsgeld auf die Zahlung des versicherten Krankentagegelds an.

#### (2) Besondere Nachweise

Zur Feststellung unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs können wir von Ihnen insbesondere die Vorlage folgender Nachweise verlangen:

- Der vom behandelnden Arzt ausgefüllte Wiedereingliederungsplan, mit dem sich die →versicherte Person und ihr Arbeitgeber einverstanden erklärt haben.
- Die Leistungsbewilligung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (sowohl Erst- als auch Folgebescheide).
- Die Leistungsbewilligung des gesetzlichen Rehabilitationsträgers (sowohl Erst- als auch Folgebescheide).

### 2.3.6 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

## 2.4 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:

### 2.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen?

**2.4.2 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht nur für die Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots ausgeschlossen?**  
**2.4.3 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?**

**2.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen?**

Wir leisten nicht für bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit a) wegen Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb des Staats ihres gewöhnlichen Aufenthalts und außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) wegen Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt worden sind.

c) wegen Krankheiten und Unfällen, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

e) die ausschließlich wegen einer Schwangerschaft verursacht worden ist.

f) wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt oder Entbindung.

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

**2.4.2 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht nur für die Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots ausgeschlossen?**

Wir leisten nicht für bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz).

Unsere Leistung in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten erbringen wir dennoch während der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) und am Entbindungstag.

**2.4.3 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?**

**(1) Abwesenheit vom gewöhnlichen Aufenthaltsort**

Wir leisten nicht für bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die →versicherte Person im Staat ihres gewöhnlichen Aufenthalts nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort aufhält.

Wir leisten dennoch, wenn

- sich die bedingungsgemäß arbeitsunfähige versicherte Person in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet und
- die Leistungsvoraussetzungen nach Ziffer 2.3.2 Absätze 2 oder 3 erfüllt sind.

Wenn die versicherte Person im Staat ihres gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts arbeitsunfähig im vertraglichen Sinne wird, steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr der versicherten Person an ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ausschließt.

**(2) Aufenthalt in einem Heilbad oder Kurort**

Wir leisten nicht für bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die →versicherte Person in einem Heilbad oder Kurort aufhält, auch wenn sie sich dort in stationärer Heilbehandlung befindet.

Wir sind dennoch leistungspflichtig,

- wenn die versicherte Person in dem Heilbad oder Kurort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder
- wenn sich die versicherte Person in dem Heilbad oder Kurort vorübergehend aufhält und dort wegen einer akuten Krankheit, die in keinem Zusammenhang mit dem Aufenthaltszweck steht, oder wegen eines dort eingetretenen Unfalls arbeitsunfähig im vertraglichen Sinne geworden ist. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch nur solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr der versicherten Person an ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ausschließt.

**(3) Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger**

Wir leisten nicht für bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person aus medizinischen Gründen während einer Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne, die mindestens ununterbrochene 14 Tage dauert, eine Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträger beginnt.

Wir rechnen Zahlungen, die der Rehabilitationsträger zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbringt, auf die Zahlung des versicherten Krankentagegelds an, soweit durch die Zahlung des Rehabilitationsträgers sowie sonstige Krankentage- und →Krankengelder das Netto-Einkommen überstiegen wird, das die versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet aus beruflicher Tätigkeit bezieht.

**2.5 Besonderer Nachweis für die Arbeitsunfähigkeit**

**Welche besondere Möglichkeit besteht beim Nachweis über Eintritt und Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit?**

Wenn die →versicherte Person von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung →Krankengeld erhält oder für sie dort die Zahlung von Krankengeld beantragt worden ist, können wir beim Nachweis über Eintritt der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit sowie über die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne abweichend von Ziffern 1.2.2 und 1.3.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein auf eine Bescheinigung auf unserem Formblatt verzichten.

In diesem Fall genügt uns die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (insbesondere Erst- und Folgebescheinigungen), die den Vorgaben nach den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) entspricht.

Im Übrigen gelten die Ziffern 1.2.2 und 1.3.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein unverändert. Insbesondere müssen Sie die Kosten derartiger Nachweise tragen.

**2.6 Regelungen zum Netto-Einkommen**

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.6.1 Wie hoch darf das Krankentagegeld maximal sein (maximale Krankentagegeld-Leistung)?**
- 2.6.2 Wie berechnet sich das Netto-Einkommen?**
- 2.6.3 Was gilt, wenn sich das Netto-Einkommen verringert?**
- 2.6.4 Welches Recht haben Sie, wenn sich das Netto-Einkommen erhöht?**

**2.6.1 Wie hoch darf das Krankentagegeld maximal sein (maximale Krankentagegeld-Leistung)?**

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und →Krankengeldern nicht höher sein als das Netto-Einkommen, das die →versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet aus beruflicher Tätigkeit bezieht.

## 2.6.2 Wie berechnet sich das Netto-Einkommen?

### (1) Grundsatz

Für die Berechnung des Netto-Einkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Eintritt der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit maßgeblich. Der 12monatige Durchschnittsverdienst berechnet sich für unsere Leistung in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten aus dem durchschnittlichen Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne der letzten 12 Monate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG).

### (2) Besonderheit bei einer Arbeitsunfähigkeit während der Elternzeit

Wenn die →versicherte Person während ihrer Elternzeit ihre berufliche Tätigkeit zumindest teilweise ausübt, ist für die Berechnung des Netto-Einkommens der durchschnittliche Monatsverdienst ab Beginn der Elternzeit maßgeblich.

## 2.6.3 Was gilt, wenn sich das Netto-Einkommen verringert?

### (1) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags

Wenn wir Kenntnis davon erlangen, dass die Höhe des Netto-Einkommens der →versicherten Person geringer geworden ist als das Netto-Einkommen, das dem Vertrag zugrunde liegt, können wir das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem verringerten Netto-Einkommen herabsetzen. Hierbei ist es unerheblich, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Die Herabsetzung erfolgt zum Beginn des zweiten Monats nach unserer Kenntnis von dem verringerten Netto-Einkommen.

Für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit im vertraglichen Sinne sind wir bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung im selben Umfang leistungspflichtig wie bisher.

### (2) Ihr Kündigungsrecht

Wenn wir nach Absatz 1 das Krankentagegeld herabsetzen, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.8.2 Absätze 1 und 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kündigen.

### (3) Pflicht zur Information über ein verringertes Netto-Einkommen

Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich zu informieren, wenn sich das Netto-Einkommen der →versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit nicht nur vorübergehend verringert. Das gilt auch, wenn sich das Netto-Einkommen der versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit durch den Beginn ihrer Elternzeit oder während ihrer Elternzeit verringert.

## 2.6.4 Welches Recht haben Sie, wenn sich das Netto-Einkommen erhöht?

Für den Tarif bKV-Krankentagegeld E kann ein Tagessatz von höchstens 25 Euro vereinbart werden. Soweit für die →versicherte Person ein geringerer Tagessatz vereinbart worden ist, gilt Folgendes:

Wenn sich das Netto-Einkommen der versicherten Person aus dem Arbeitsverhältnis erhöht, können Sie eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegelds verlangen. Die Erhöhung muss mindestens 5 Euro betragen. Insgesamt kann jedoch höchstens ein Tagessatz von 25 Euro vereinbart werden.

Ihr Antrag auf Erhöhung des Krankentagegelds muss uns innerhalb von 2 Monaten zugehen, nachdem sich das Netto-Einkommen der versicherten Person erhöht hat. Die Erhöhung des versicherten Krankentagegelds wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf die Erhöhung des Netto-Einkommens der versicherten Person folgt.

## 2.7 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe

### Ab wann muss der Beitrag für die nächst höhere Altersstufe gezahlt werden?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.8.2 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kündigen.

## 2.8 Veränderung der Entgeltfortzahlung

### Welche Informationspflichten haben Sie, wenn sich die Dauer der Entgeltfortzahlung ändert?

Die vereinbarte →Karenzzeit (6 Wochen) darf nicht kürzer sein als die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich zu informieren, wenn sich die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ändert.

## 2.9 Verzicht auf Kündigungsrecht

### Was gilt ergänzend für unser ordentliches Kündigungsrecht?

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht nach Ziffer 1.8.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

## Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

### 1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

#### Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

##### (1) Anzeigepflicht

###### a) Gegenstand der Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

###### b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

##### (2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

###### a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und §§ 194 Absatz 1 Satz 3, 206 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

###### b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

##### (3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

Bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, setzt die Kündigung voraus, dass für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als 2 Monate nach Ihrer Kündigungserklärung liegt, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

##### (4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

##### (5) Formerfordernisse

Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

### 2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

#### 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

##### (1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

##### (2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

###### a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

###### b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

##### (3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

#### (4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erteilt wird.

#### (5) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

#### (6) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

### 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### (1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

##### a) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

##### b) Leistungsfreiheit

Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Wir leisten jedoch zumindest für einen Teil des Versicherungsfalls, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

#### (2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

### 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### (1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

#### (2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

#### (3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

#### (4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

#### (5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

### 2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

#### (1) Erste Mahnung bei Beitragsrückstand

Wenn Sie bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) dient, einen Beitragsrückstand in Höhe von 2 Monatsbeiträgen haben, gilt Folgendes:

- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

#### (2) Zweite Mahnung bei Zahlungsrückstand

Wir mahnen Sie ein zweites Mal, wenn der Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) 2 Monate nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Dabei weisen wir auf das mögliche Ruhen des Vertrags hin.

#### (3) Ruhen des Vertrags bei Zahlungsrückstand

Wenn ein Monat, nachdem Sie unsere zweite Mahnung erhalten haben, weiterhin ein Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) besteht, gilt Folgendes:

- Der Vertrag ruht ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- Solange der Vertrag ruht, gilt die →versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Dies setzt voraus, dass der Zahlungsrückstand nach Satz 1 höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Wenn das nicht der Fall ist, ruht der Vertrag nicht und er gilt unverändert fort.

#### (4) Kein Ruhen bei Schuldenausgleich oder Hilfebedürftigkeit

Das Ruhen des Vertrags tritt nicht ein oder endet,

- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt haben oder

- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) sind oder werden oder
- für die →versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) ist oder wird.

Sie müssen uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) nachweisen. Wir können in angemessenen Abständen verlangen, dass Sie uns eine neue Bescheinigung vorlegen.

### **(5) Fortsetzung der Versicherung nach dem Ruhen des Vertrags**

Wenn das Ruhen des Vertrags nach Absatz 4 nicht eingetreten ist, gilt er unverändert fort. Wenn aber das Ruhen des Vertrags eingetreten ist und es später nach Absatz 4 durch Ausgleich der Schulden oder wegen Hilfebedürftigkeit endet, gilt Folgendes:

- Der Vertrag wird in dem Tarif fortgesetzt, in dem die →versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert gewesen ist.
- Wenn das Ruhen durch den Ausgleich der Schulden endet, erfolgt diese Fortsetzung zum Beginn des zweiten Monats, der auf das Ende des Ruhens folgt. Wenn das Ruhen wegen ihrer Hilfebedürftigkeit endet, erfolgt die Fortsetzung ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit.
- In beiden Fällen stellen wir die versicherte Person so, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gestanden hat. Das gilt nicht für die Anteile der →Alterungsrückstellung, die während der Ruhezeit verbraucht worden sind.
- Beitragsanpassungen und Änderungen der Versicherungsbedingungen, die wir während des Ruhens des Vertrags vorgenommen haben, gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

## **3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen**

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
- 3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

### **3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**

#### **(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht**

Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:

- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

#### **(2) Unser Kündigungsrecht**

Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag frist-

los kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen,

- wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist oder
- wenn es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

### **3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.



## Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

### 1. Beginn des Versicherungsschutzes

#### Wann beginnt der Versicherungsschutz?

##### (1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

##### (2) Wartezeiten

Wenn Wartezeiten vereinbart sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit deren Ablauf.

##### (3) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Wir leisten jedoch für den Teil des Versicherungsfalles, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

##### (4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 bis 3 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

### 2. Versicherung für fremde Rechnung

#### Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

##### (1) Rechte aus dem Vertrag

Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

##### (2) Leistungsempfänger

Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

##### (3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn

- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,

- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

### 3. Deutsches Recht

#### Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

### 4. Zuständiges Gericht

#### Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

##### (1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

##### (2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

##### (3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

##### (4) Schädigendes Ereignis im Ausland

Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

## 5. Verjährung

### **Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?**

#### **(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen**

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

#### **(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung**

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

## 6. Aufrechnung

### **Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?**

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung verwenden. Möglicherweise sind nicht alle erläuterten Fachausdrücke in Ihren Versicherungsbedingungen enthalten.

### **Alterungsrückstellung.**

Die Bildung einer Alterungsrückstellung ist gesetzlich geregelt. Sie beruht auf dem Gedanken, dass die Risikobeiträge mit zunehmendem Alter wegen der erhöhten Krankheitsanfälligkeit eigentlich kontinuierlich steigen müssten. Um das zu vermeiden, werden die Beiträge - soweit Ihr Baustein die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht - in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). Dieser sogenannte Sparbeitrag führt im wesentlichen zur Bildung einer Alterungsrückstellung. In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind somit Beitragserhöhungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

### **Anwartschaftsversicherung.**

Sie kann für bestimmte Lebensumstände abgeschlossen werden und ermöglicht die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Tarif nach den vertraglichen Vereinbarungen; unter anderem bei fristgerechtem Antrag ohne erneute Risikoprüfung. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig. Während der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

### **Beobachtungseinheit.**

Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

### **Card für Privatversicherte ("AllianzCard").**

Sie ist ein Krankenhausausweis, den wir unseren Kunden mit ständigem Wohnsitz in Deutschland - abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz - aushändigen. Die "AllianzCard" enthält eine prozentuale Leistungszusage für stationäre Heilbehandlung und hat im ambulanten Bereich eine reine Ausweisfunktion. Wenn das Krankenhaus an dem Direktabrechnungsverfahren teilnimmt, rechnen wir die Unterkunftskosten unmittelbar mit dem Rechnungssteller ab. Legen Sie dazu einfach Ihre "AllianzCard" im Krankenhaus vor. Das Direktabrechnungsverfahren erfasst nicht die Erstattung von Rechnungen für behandelnde Ärzte. Reichen Sie uns diese gesondert zur Regulierung ein.

### **Eintrittsalter.**

Das Eintrittsalter bezeichnet das erreichte Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif. Anhand dieses Alters wird der Beitrag kalkuliert.

### **Gruppenversicherungsvertrag.**

Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Gruppenversicherungsvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

### **Karenzzeit.**

Als Karenzzeit bezeichnet man den Zeitraum zwischen der ersten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und dem tariflich vorgesehenen Leistungsbeginn. Während der Karenzzeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

### **Kollektivvertrag.**

Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Kollektivvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, ins-

besondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

### **Krankengeld.**

Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung als Ersatz für einen Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit. Sie steht gesetzlich Versicherten nach den gesetzlichen Vorschriften und vertraglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

### **Mindestversicherungsdauer.**

Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

### **Obliegenheit.**

Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

### **Produktgruppe UNI.**

Zur Produktgruppe UNI gehören Tarife, bei denen die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Beitragsberechnung nicht zu unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen führt. Wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört, haben wir dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ausdrücklich angegeben.

Für Tarife der Produktgruppe UNI gelten außerdem teilweise andere vertragliche Regelungen als für die sonstigen Tarife. Auch dies haben wir in den Versicherungsbedingungen entsprechend kenntlich gemacht.

### **Risikoprüfung.**

Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

### **Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.**

Von den erwirtschafteten Überschüssen aus dem Versicherungsgeschäft wird ein Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Daraus werden nach den gesetzlichen Vorschriften Gelder entnommen und als erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung an die Kunden gezahlt (unser Bonus-Programm). In den Versicherungsbedingungen und dem Merkblatt zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung sind die Voraussetzungen für die Zahlungen geregelt.

### **Schriftform.**

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

### **schriftlich.**

Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief, Fax oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

### **schwebender Versicherungsfall.**

Der Versicherungsfall ist je Baustein in den Allgemeinen Regelungen oder in den Tarifbedingungen vertraglich vereinbart. Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

### **substitutiv.**

Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder

Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

**technische Berechnungsgrundlagen.**

Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

**Treuhänder.**

Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

**Übertragungswert.**

Die Höhe der Alterungsrückstellung, die bei einem Versicherungswechsel in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung nach gesetzlichen Vorschriften vom bisherigen Krankenversicherer auf den neu gewählten Versicherer übertragen werden kann.

**versicherte Person.**

Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

**Versicherungsfähigkeit.**

Eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelte, personen-gebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

**Versicherungsnehmer.**

Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.