Hallesche
ALH Gruppe

Ihre Vertragsunterlagen zur Krankentagegeldversicherung

- Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person
- Widerrufsbelehrung
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung
- Tarif KT
- Tarif FKT
- Tarif MKT

und ggf. der Anwartschaftsversicherung auf eine Krankentagegeldversicherung

- Sonderbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung AWV.groß
- Sonderbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung AWV.klein

Hallesche
ALH Gruppe

Wichtige Hinweise und Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Allgemeine Vertragsbedingungen/ Verbraucherinformation

Die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die gesetzliche Information nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung sowie der Hinweis auf das Widerrufsrecht müssen Ihnen von Ihrem Vermittler rechtzeitig vor Ihrer Vertragserklärung vollständig ausgehändigt werden.

Falls Sie auf die Aushändigung dieser Unterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht ausdrücklich verzichtet haben, dann bestätigen Sie bitte den Erhalt der genannten Unterlagen auf der Empfangsbestätigung und senden Sie uns diese mit Ihrem Antrag zu.

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Bestätigung zur Einkommenshöhe/ Lohnfortzahlungsdauer

Ich bestätige ausdrücklich, sofern ich eine Krankentagegeldversicherung beantragt habe, dass das gewünschte Tagegeld (ggf. zusammen mit anderweitig bestehenden oder beantragten Ansprüchen gegenüber gesetzlichen oder privaten Krankentagegeldträgern) mein versicherbares Nettoeinkommen (siehe unter „Einkommensberechnung für Krankentagegeld“) der letzten 12 Monate nicht übersteigt. Sofern ich Arbeitnehmer bin, bestätige ich außerdem, dass die gewählte Karenzzeit nicht kürzer ist als die Dauer meines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Kundengeldsicherung

Versicherungsvertreter der Hallesche Krankenversicherung sind nicht bevollmächtigt Zahlungen, die der Versicherungsnehmer an sie leistet, anzunehmen, es sei denn, die Hallesche Krankenversicherung hat dem Versicherungsvertreter eine schriftliche Vollmacht hierüber erteilt.

Einkommensberechnung für Krankentagegeld - Definition Nettoeinkommen

Das versicherbare Nettoeinkommen berechnet sich wie folgt:

- Arbeitnehmer
  80 % der einkommensteuerrechtlichen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn).
  Hierbei werden ausschließlich Geldleistungen des Arbeitgebers berücksichtigt, soweit diese vertraglich vereinbart sind und dem Arbeitnehmer regelmäßig - mindestens jährlich - bezahlt werden.
- Selbstständig Tätige (z.B. Gewerbetreibende und Angehörige freier Berufe)
  80 % des einkommensteuerrechtlichen Gewinns aus dieser selbstständigen Tätigkeit (ermittelt nach Betriebsvermögensvergleich oder Einnahmen-Überschuss-Rechnung).
- Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte
  80 % der Umsatzerlöse aus dieser selbstständigen Tätigkeit (ermittelt nach Betriebsvermögensvergleich oder Einnahmen-Überschuss-Rechnung).
  Bei Berufsausübungsgemeinschaften wird das Nettoeinkommen nach dem vertraglich festgelegten Anteil am gesamten Umsatzerlös berechnet.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die auf den Bruttoarbeitslohn bzw. den Gewinn entfallende Steuer geringer als die Pauschale von 20 % ist, kann er verlangen, dass bei der Berechnung des Nettoeinkommens diese tatsächliche Steuerbelastung maßgeblich ist.

Einwilligung des Versicherers bei Tagegeldversicherungen

Mir ist bekannt, dass der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Krankenhaus- und/ oder Krankentagegeldversicherung nur mit Einwilligung der Hallesche Krankenversicherung möglich ist. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit ist die Hallesche Krankenversicherung gemäß § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen und/ oder ggf. die Leistung zu verweigern.

Wartezeit/-erlass

Für Vollversicherte (Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung) verzichtet die Hallesche Krankenversicherung - mit Ausnahme der Pflegekranken- und Pflege-Pflichtversicherung - auf die Einhaltung von Wartezeiten in der Krankheitskostenversicherung und ggf. auch in der Krankentagegeldversicherung, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt. Liegen diese Voraussetzungen bei mir nicht vor, kann ein Wartezeiterlass über eine ärztliche Untersuchung (VG 150) auf meine Kosten eingeräumt werden. Für gesetzlich Zusatzversicherte ist der Wartezeiterlass grundsätzlich nur über eine ärztliche Untersuchung auf Kosten des Antragstellers möglich.

Geht der Untersuchungsbefund nicht innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss der Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten mit Ausnahme der Pflegeversicherung.

Ein Erlass der Wartezeiten für die Tarife, die Versicherungsschutz im Pflegefall bieten, ist grundsätzlich nicht möglich.

Eintrittsalter

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt oder geändert wird.

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn kann nur zum 1. eines Monats, jedoch nicht rückwirkend beantragt und nicht länger als 6 Monate vorausdatiert werden.

Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Vertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer die Annahme des Vertrages in Textform erklärt hat. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und ggf. nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

Widerrufsbelehrung zur Zusatzversicherung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Hallesche Krankenversicherung a. G.
Löffelstraße 34 – 38, 70597 Stuttgart (Degerloch)

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0711 6603-333

Bei direkt online abgeschlossenem Versicherungsschutz können Sie Ihr Widerrufsrecht auch online unter https://www.alh.de/widerruf ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit Ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ihre
Hallesche Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Stand Juni 2023

Hallesche Krankenversicherung aG Deutschland

Tarife FKT, KT, MKT

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Krankentagegeldversicherung, mit der Sie Ihr Einkommen bei Arbeitsunfähigkeit, Mutterschutz und Entbindung sichern

Was ist versichert?

FKT:

✓ Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit und Mutterschutz in vereinbarter Höhe

KT:

✓ Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit und Mutterschutz in vereinbarter Höhe

MKT:

✓ Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit und Mutterschutz in vereinbarter Höhe

Bitte beachten Sie:
Für auf Anwartschaft stehende Tarife besteht für die Dauer der Anwartschaft kein Leistungsanspruch.

Was ist nicht versichert?

× Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

FKT:

! das Krankentagegeld wird ab dem vereinbarten Tag gezahlt

KT:

! das Krankentagegeld wird ab dem vereinbarten Tag gezahlt

MKT:

! das Krankentagegeld wird ab dem vereinbarten Tag gezahlt

Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben Versicherungsschutz in Deutschland sowie bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.

Welche Verpflichtungen habe ich?

… vor Vertragsschluss

- Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragstellung oder Angebotsanforderung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellisierte Angaben können dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen. Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ des jeweiligen Antrags/Vertragsangebots.

… während der Vertragslaufzeit

- Informieren Sie uns bitte, wenn Sie den Abschluss oder die Erhöhung eines gleichartigen Versicherungsschutzes bei einer anderen privaten Versicherung planen. Dem Abschluss einer weiteren Krankentagegeldversicherung müssen wir zustimmen.
- Kommen Sie Ihren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. In der Zusatz- und Pflegeversicherung kann es sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen.

… bei Eintritt des Versicherungsfalls

- Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Dazu zählt auch je nach Tarif die Vorlage von Rechnungen, Rezepten und Bescheinigungen.

Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind je nach vereinbarter Zahlungsweise (z.B. monatlich oder jährlich) zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Krankentagegeldversicherung endet in der Regel mit dem Bezug von Altersrente, dem Eintritt der Berufsunfähigkeit oder dem Wegzug ins außereuropäische Ausland. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Versicherung jedoch weiterführt werden.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 1 Jahr möglich.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die Hallesche zu richten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

English version:
www.hallesche.de/pm25u-e-0625.pdf

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)
Teil II Tarifbedingungen (TB/KT 2013)

Fassung Januar 2026

Inhalt

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ... 2
§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag ... 3
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes ... 4
§ 3 Wartezeiten ... 4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht ... 5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... 7
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen ... 8
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes ... 9
§ 8 Beitragszahlung ... 9
§ 8a Beitragsberechnung ... 10
§ 8b Beitragsanpassung ... 10
§ 9 Obliegenheiten ... 11
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen ... 11
§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit ... 11
§ 12 Aufrechnung ... 12
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer 12
§ 14 Kündigung durch den Versicherer ... 13
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe ... 13
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen ... 15
§ 17 Gerichtsstand ... 15
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ... 16
Anhang – Gesetzestexte ... 17

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus: Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KT 2009]), Teil II (Tarifbedingungen [TB/KT 2013]) und Teil III (Tarifen). Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

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

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

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Können zuvor arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich wieder besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden, so besteht während der Wiedereingliederung ein Anspruch auf Krankentagegeld, sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen.

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

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

II

(1) Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen.

(2) In Erweiterung von § 1 (3) MB/KT 2009 leistet der Versicherer auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu 8 Wochen. Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht. Eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben liegt vor,

- *wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 (3) MB/KT 2009 von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und*
- *solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet.*

(3) Der Versicherungsschutz kann über den Rahmen von § 1 (7) MB/KT 2009 hinaus ausgedehnt werden. Hierzu ist eine vorherige schriftliche Vereinbarung, gegebenenfalls auch über besondere Bedingungen erforderlich.

(4) Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen der unter § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten, verpflichtet sich der Versicherer auf Antrag eine besondere Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen. Auf Antrag wird das Versicherungsverhältnis auch in eine Anwartschaft umgewandelt. Der Abschluss dieser besonderen Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bzw. die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt werden.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes (Wegzug) in einen anderen Staat als den in § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten gelten ab Beginn des Auslandsaufenthaltes § 15 (1e) MB/KT 2009.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

I

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

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundesel-

terngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang).

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

II

Bezüglich Nettoeinkommen gelten im Übrigen die Bestimmungen gemäß § 4 MB/KT 2009 und die dazugehörenden Tarifbedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

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

II

(1) Abweichend von § 2 MB/KT 2009 sind auch vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt. Dies gilt jedoch nur, wenn diese Versicherungsfälle dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt und keine entgegenstehenden besonderen Bedingungen vereinbart worden sind. Diese Regelung gilt entsprechend für die Mehrleistung nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

(2) Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ursprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

§ 3 Wartezeiten

I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

II

(1) Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KT 2009 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn neben der Krankentagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine

Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

(2) Die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit wird auf die Wartezeiten angerechnet.

(3) Der in § 3 (4) MB/KT 2009 vorgesehene Wartezeiterlass ist in Verbindung mit einem ärztlichen Untersuchungsbefund, der auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck einzureichen ist, zu beantragen. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung der zu versichernden Person trägt der Antragsteller.

(4) Bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 (5) MB/KT 2009 wird die in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten für das gesamte versicherte Krankentagegeld angerechnet. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge ausscheiden.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäu-

sern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

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

II

(1.1) Als Nettoeinkommen gilt:

a) für Arbeitnehmer:
80% der einkommensteuerrechtlichen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn). Hierbei werden ausschließlich Geldleistungen des Arbeitgebers berücksichtigt, soweit diese vertraglich vereinbart sind und dem Arbeitnehmer regelmäßig – mindestens jährlich – bezahlt werden,

b) für selbstständig Tätige (z.B. Gewerbetreibende und Angehörige freier Berufe):
80% des einkommensteuerrechtlichen Gewinns aus dieser regelmäßigen selbstständigen Tätigkeit (ermittelt nach Betriebsvermögensvergleich oder Einnahmen-Überschuss-Rechnung).

c) für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte:
80% des Praxisumsatzerlöses (ermittelt nach Betriebsvermögensvergleich oder Einnahmen-Überschuss-Rechnung). Bei Berufsausübungsgemeinschaften wird das Nettoeinkommen nach dem vertraglich festgelegten Anteil am gesamten Praxisumsatzerlös berechnet.

(1.2) Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die auf den Bruttoarbeitslohn gemäß Abs. 1.1a) bzw. den Gewinn gemäß Abs. 1.1b) entfallende Steuer geringer als die in Abs. 1.1 zugrunde gelegte Pauschale von 20% ist, kann er verlangen, dass bei der Berechnung des Nettoeinkommens diese tatsächliche Steuerbelastung maßgeblich ist.

(1.3) Im Versicherungsfall kann der Versicherer nach Maßgabe des § 9 Abs. 2 MB/KT 2009 verlangen, dass geeignete Nachweise zur Höhe des Nettoeinkommens vorgelegt werden (z.B. Gehaltsabrechnungen oder Berechnungen zur Gewinnermittlung durch einen in Deutschland bestellten Steuerberater).

(2) Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden.

Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden.

Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, wenn er innerhalb von 2 Monaten ab der Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. Verkürzung der Lohnfortzahlung gestellt wird. Die Änderung wird zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung wirksam.

Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegeldes Leistungspflicht besteht.

Die Erhöhung des Nettoeinkommens ist auf Verlangen nachzuweisen (z.B. durch Gehaltsabrechnungen oder Berechnungen zur Gewinnermittlung durch einen in Deutschland bestellten Steuerberater). Ebenfalls auf

Verlangen nachzuweisen ist die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit. Im Falle der Beendigung eines Arbeitnehmerverhältnisses und Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit gilt die Regelung über die Verkürzung der Karenzzeiten bei einer Änderung der Entgeltfortzahlungsdauer bei Arbeitnehmern sinngemäß.

(3) Verlängert sich der Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts auf einen Zeitraum, der über die vertraglich vereinbarte Karenzzeit hinausgeht, kann der Versicherer die Karenzzeit der Entgeltfortzahlungsdauer anpassen. Die Anpassung wird mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis des Versicherers von dem veränderten Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts vorgenommen.

(4) Eintritt und Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit sollten auf Vordrucken des Versicherers bescheinigt werden.

(5) Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (9) MB/KT 2009 ist nicht erforderlich,

a) wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder

b) wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder

c) wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder

d) für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde.

(6) Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Abs. 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

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

II

(1) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1a) MB/KT 2009 gilt nicht für Kriegsereignisse im Ausland, wenn

a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, oder

b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Ein solcher Grund liegt z.B. vor, soweit ein Verlassen des Gebietes nur unter erheblicher Gefährdung der eigenen Person möglich ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1a) MB/KT 2009.

(2) Abweichend von § 5 (1b) MB/KT 2009 wird bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer die Leistung vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Leistung ist unter Anrechnung anderweitiger Ansprüche auf Krankentagegeld und Lohnersatzleistungen begrenzt auf 80% des Nettoeinkommens. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden.

(3) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1c) MB/KT 2009 entfällt.

(4) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1d) MB/KT 2009 gilt nur für den Zeitraum während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.

(5) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1f) MB/KT 2009 gilt nicht,

a) wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat, oder

b) wenn ein anderweitiger Aufenthalt in Deutschland sowie dessen voraussichtliche Dauer dem Versicherer vorab in Textform benannt wird, die versicherte Person dort postalisch erreichbar ist und zum Zeitpunkt der Benennung kein Nachuntersuchungstermin anberaumt ist.

(6) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1g) MB/KT 2009 gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers. Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld und Übergangsgeld werden auf das Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem Krankentagegeld das Nettoeinkommen nach § 4 (2) MB/KT 2009 übersteigen.

(7) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (2) MB/KT 2009 gilt nicht für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung gilt ebenfalls nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat sowie unter den Voraussetzungen von Nr. 5b) der Tarifbedingungen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

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

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

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

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

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

II

(1) Das Krankentagegeld wird für die nachgewiesene Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachträglich ausgezahlt.

(2) Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

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

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

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

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des

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

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

II

(1) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

(2) Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.

(3) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

§ 8a Beitragsberechnung

I

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II

Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 8b Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) (entfallen)

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

II

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/KT 2009 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag geändert werden.

§ 9 Obliegenheiten

I

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

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

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

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

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

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

II

(1) Der Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Tage des festgelegten Leistungsbeginns anzuzeigen. Die ärztliche Bescheinigung muss auch die Bezeichnung der Krankheit enthalten.

(2) Die Frist für den Nachweis der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit wird dem Versicherten jeweils im Versicherungsfall mitgeteilt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

I

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

§ 12 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

II

(1) Bei fristgerechter Kündigung gemäß § 13 (3) MB/KT 2009 endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Der Versicherungsschutz endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht;

hierauf wird der Versicherungsnehmer in der Kündigungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen.

(2) Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Verzicht auf die Einhaltung neuer Wartezeiten wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von 6 Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.

(3) Die Versicherungspflicht in einem der in § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten steht der Versicherungspflicht gemäß § 13 (3) MB/KT 2009 gleich.

(4) Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen der unter § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Versicherungsverhältnis innerhalb von 2 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts kündigen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

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

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

II

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (1) MB/KT 2009.

(2) Die Rechte des Versicherers gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 VVG bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsschluss bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

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

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

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe

Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;

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

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

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

II

(1) Endet die selbstständige berufliche Tätigkeit und besteht zu diesem Zeitpunkt Versicherungsschutz nach einer Tarifstufe, die selbstständige berufliche Tätigkeit voraussetzt, so hat der Versicherte das Recht, in eine Tarifstufe überzuwechseln, die ein festes Arbeitsverhältnis als Arbeitnehmer vorsieht.

(2) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 (1a) MB/KT 2009 auf 9 Monate. Dauert die Arbeitslosigkeit länger, so wird nach Ablauf der 9 Monate bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber für 3 weitere Monate, 50% des versicherten Tagegeldes gezahlt, jedoch höchstens 25 € täglich. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. § 15 (1b) MB/KT 2009 bleibt unberührt.

(3) Ist wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein Rentenantrag gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 (1b) MB/KT 2009 noch nicht entschieden, so wird im Fall eines bereits eingetretenen Versicherungsfalles, abweichend von § 15 (1b) MB/KT 2009, das Versicherungsverhältnis nicht beendet; nach Ablauf dieser Frist wird 50% des versicherten Krankentagegeldes, jedoch höchstens 25 € je Tag der Arbeitsunfähigkeit, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person den Rentenbescheid oder den Bescheid über die Ablehnung des Rentenantrags erhält, längstens jedoch für weitere 3 Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.

(4) Unbeschadet der Leistungen gemäß § 15 Nr. 3 der Tarifbedingungen endet das Versicherungsverhältnis mit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, mit Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 (1b) MB/KT 2009) oder mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente für den bisher ausgeübten Beruf. Über die in § 15 (2) MB/KT 2009 genannten Fälle hinaus kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit hierfür erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Bedingungen abhängig machen.

(5) Die Fortsetzung eines Versicherungsverhältnisses in Form einer Anwartschaftsversicherung nach § 15 (2) MB/KT 2009 und § 15 Nr. 4 der Tarifbedingungen ist innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Kündigung, seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu beantragen.

(6) Abweichend von § 15 (1b) MB/KT 2009 kann das Versicherungsverhältnis bei Berufsunfähigkeit auf Antrag weitergeführt werden. Voraussetzung dafür ist, dass weiterhin Einkommen aus ei-

ner beruflichen Tätigkeit bezogen wird. Die sonstigen Beendigungsgründe nach § 15 (1a) und c) bis e) MB/KT 2009 bleiben davon unberührt.

(7) Bei Bezug von Altersrente (§ 15 (1c) MB/KT 2009) kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis beginnt. In diesem Fall wird die Versicherung ohne Risikoprüfung und Wartezeiten unter Neufestsetzung des versicherten Krankentagegeldes und der Karenzzeit abgeschlossen. Der Versicherungsschutz darf dabei nicht höher oder umfassender sein als bisher. Im Übrigen gilt für die Höhe des Versicherungsschutzes § 4 (2) Satz 1 MB/KT 2009 entsprechend.

Voraussetzung für den Abschluss der neuen Krankentagegeldversicherung ist, dass

a) die versicherte Person weiterhin einer beruflichen Tätigkeit nachgeht und hieraus regelmäßiges Einkommen erzielt,

b) es sich dabei nicht um eine geringfügige Beschäftigung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV (siehe Anhang) handelt und

c) der Antrag innerhalb von 2 Monaten nach Beginn des Rentenbezugs gestellt wird.

Das Einkommen aus dieser beruflichen Tätigkeit muss regelmäßig nachgewiesen werden.

Bei Erreichen des 67. Lebensjahres gilt § 15 Nr. 8 der Tarifbedingungen, bei Erreichen des 70. Lebensjahres gilt § 15 Nr. 9 der Tarifbedingungen.

(8) Unbeschadet einer Beendigung wegen des Bezugs von Altersrente endet die Krankentagegeldversicherung mit Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 67. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens 6 Monate vor dem Ende der Versicherung hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von 2 Monaten nach Vollendung des 67. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif. Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht auf das Ende der Versicherung nach Satz 3 hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 68. Lebensjahres gestellt, gilt Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt; ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(9) § 15 Nr. 8 Satz 2 und 4 der Tarifbedingungen gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach § 15 Nr. 8 Satz 4 und 5 der Tarifbedingungen eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(10) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

(11) Der Abschluss einer besonderen Vereinbarung nach § 15 (1e) MB/KT 2009 muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt werden.

(12) Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als den in § 1 (8) MB/KT 2009 genannten wird das Versicherungsverhältnis auf Antrag auch in eine Anwartschaft umgewandelt. Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des

Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang – Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Sozialgesetzbuch – Viertes Buch [SGB IV]

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 450 Euro nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 450 Euro im Monat übersteigt.

Mutterschutzgesetz [MuSchG]

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

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

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]
in der bis zum 30. September 2017 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarif KT
Krankentagegeldversicherung

Fassung Januar 2023

English version:
www.hallesche.de/pm23u-e-0822.pdf

Wesentliche Merkmale des Tarifs KT

- Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit
- Krankentagegeld bei Mutterschutz und Entbindung
- Das Krankentagegeld wird von dem Tag an gezahlt, der durch die Tarifstufe bezeichnet ist.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KT 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KT 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Selbstständig Tätige einschließlich Freiberufler

Versicherungsfähig sind Personen,

- die Einkommen aus einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit beziehen und
- für deren Berufsgruppe die Hallesche keine speziellen Tarife anbietet (z.B. Mediziner) und
- die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet der Hallesche wohnen.

2. Arbeitnehmer

In Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger sind Personen versicherungsfähig,

- die Einkommen aus einem festen Arbeitsverhältnis beziehen und
- für deren Berufsgruppe die Hallesche keine speziellen Tarife anbietet (z.B. Mediziner) und
- die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet der Hallesche wohnen und
- für die gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung bzw. der Tarif KTAR besteht.

II. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist

a) gemäß § 1 MB/KT 2009 die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird,

b) gemäß § 1a MB/KT 2009 der Verdienstausfall während der Mutterschutzfristen sowie am Entbindungstag.

III. Höhe des Krankentagegeldes; Karenzzeit

1. Das Krankentagegeld darf nur bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens versichert werden. Dabei sind sonstige Krankentage- oder Krankengelder zu berücksichtigen.

2. Bei Arbeitnehmern soll die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit (Lohn, Gehalt, Krankenzulage bzw. Krankenbeihilfe u. dgl.) der Karenzzeit (Zeit vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zu dem Tag, von dem an Krankentagegeld gezahlt wird) der gewählten Tarifstufe entsprechen. Die Karenzzeit der gewählten Tarifstufe darf jedoch nicht kürzer sein als die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts.

3. Im Versicherungsfall gemäß II.b) wird ein anderweitiger angemessener Ersatz für den Verdienstausfall auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet (insbesondere Mutterschaftsgeld und Elterngeld).

4. Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit im Versicherungsfall gemäß II.a) und für den Versicherungsfall gemäß II.b) neu.

   In Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.

IV. Versicherungsleistungen

1. Das versicherte Krankentagegeld wird von dem Tag an gezahlt, der durch die Tarifstufe bezeichnet ist:

   - nach Tarifstufe KT.22 vom 22. Tag
   - nach Tarifstufe KT.29 vom 29. Tag
   - nach Tarifstufe KT.43 vom 43. Tag
   - nach Tarifstufe KT.64 vom 64. Tag
   - nach Tarifstufe KT.92 vom 92. Tag
   - nach Tarifstufe KT.183 vom 183. Tag
   - nach Tarifstufe KT.274 vom 274. Tag
   - nach Tarifstufe KT.365 vom 365. Tag

   Das versicherte Krankentagegeld wird auch für Sonn- und Feiertage gezahlt.

   Ist Tarifstufe KT.365 von einem Arbeitnehmer vereinbart und überschreitet die Dauer der Fortzahlung des Entgelts durch den Arbeitgeber 364 Tage, wird das vereinbarte Krankentagegeld der Tarifstufe 365 von dem Tage an gezahlt, der auf den Wegfall der Entgeltfortzahlung folgt.

2. Bei Arbeitnehmern wird im Falle einer im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen durchgeführten Kurzarbeit das Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit auch während der im Tarif vereinbarten Karenzzeit gezahlt, jedoch begrenzt auf den Betrag des bei Arbeitsunfähigkeit wegfallenden und nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Kurzarbeitergeldes, dessen Höhe nachzuweisen ist. Nach Ablauf der Karenzzeit erfolgt die Zahlung des Krankentagegeldes in der versicherten Höhe.

Tarif MKT
Krankentagegeldversicherung für Ärzte und Zahnärzte

English version:
www.hallesche.de/pm24u-e-0821.pdf

Fassung Januar 2022

Wesentliche Merkmale des Tarifs MKT

- Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit
- Krankentagegeld bei Mutterschutz und Entbindung
- Das Krankentagegeld wird von dem Tag an gezahlt, der durch die Tarifstufe bezeichnet ist.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KT 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KT 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Freiberufler

Versicherungsfähig sind Ärzte und Zahnärzte,

- die Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit beziehen und
- die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet der Hallesche wohnen.

2. Arbeitnehmer

In Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger sind Ärzte und Zahnärzte versicherungsfähig,

- die Einkommen aus einem festen Arbeitsverhältnis beziehen und
- die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet der Hallesche wohnen und
- für die gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

II. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist

a) gemäß § 1 MB/KT 2009 die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird,

b) gemäß § 1a MB/KT 2009 der Verdienstausfall während der Mutterschutzfristen sowie am Entbindungstag.

III. Höhe des Krankentagegeldes; Karenzzeit

1. Das Krankentagegeld darf nur bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens versichert werden. Dabei sind sonstige Krankentage- oder Krankengelder zu berücksichtigen.

2. Bei Arbeitnehmern soll die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit (Lohn, Gehalt, Krankenzulage bzw. Krankenbeihilfe u. dgl.) der Karenzzeit (Zeit vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zu dem Tag, von dem an Krankentagegeld gezahlt wird) der gewählten Tarifstufe entsprechen. Die Karenzzeit der gewählten Tarifstufe darf jedoch nicht kürzer sein als die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts.

3. Im Versicherungsfall gemäß II.b) wird ein anderweitiger angemessener Ersatz für den Verdienstausfall auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet (insbesondere Mutterschaftsgeld und Elterngeld).

4. Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit im Versicherungsfall gemäß II.a) und für den Versicherungsfall gemäß II.b) neu.

   In Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.

IV. Versicherungsleistungen

1. Das versicherte Krankentagegeld wird von dem Tag an gezahlt, der durch die Tarifstufe bezeichnet ist:

   - nach Tarifstufe MKT.15 vom 15. Tag
   - nach Tarifstufe MKT.22 vom 22. Tag
   - nach Tarifstufe MKT.29 vom 29. Tag
   - nach Tarifstufe MKT.43 vom 43. Tag

   Das versicherte Krankentagegeld wird auch für Sonn- und Feiertage gezahlt.

2. Bei Arbeitnehmern wird im Falle einer im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen durchgeführten Kurzarbeit das Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit auch während der im Tarif vereinbarten Karenzzeit gezahlt, jedoch begrenzt auf den Betrag des bei Arbeitsunfähigkeit wegfallenden und nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Kurzarbeitergeldes, dessen Höhe nachzuweisen ist. Nach Ablauf der Karenzzeit erfolgt die Zahlung des Krankentagegeldes in der versicherten Höhe.

Hallesche
ALH Gruppe

Tarif FKT
Krankentagegeldversicherung für Angehörige freier Berufe

English version:
www.hallesche.de/pm35u-e-0821.pdf

Fassung Januar 2022

Wesentliche Merkmale des Tarifs FKT

- Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit
- Krankentagegeld bei Mutterschutz und Entbindung
- Das Krankentagegeld wird von dem Tag an gezahlt, der durch die Tarifstufe bezeichnet ist.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KT 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KT 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

- die den freien Berufen angehören (§ 18 Abs. 1 Ziffer 1 Einkommensteuergesetz – EstG – siehe Anhang), sofern der ausgeübte Beruf einem der folgenden Bereiche freiberuflicher Tätigkeit zuzuordnen ist:
  - freie heilkundliche Berufe
  - freie rechts- und wirtschaftsberatende Berufe
  - freie technische und naturwissenschaftliche Berufe
  - freie pädagogische, psychologische und übersetzende Berufe

  und
- für deren Berufsgruppe die Hallesche keine speziellen Tarife anbietet (z.B. Mediziner) und
- die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet der Hallesche wohnen.

II. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist

a) gemäß § 1 MB/KT 2009 die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird,

b) gemäß § 1a MB/KT 2009 der Verdienstausfall während der Mutterschutzfristen sowie am Entbindungstag.

III. Höhe des Krankentagegeldes; Karenzzeit

1. Das Krankentagegeld darf nur bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens versichert werden. Dabei sind sonstige Krankentage- oder Krankengelder zu berücksichtigen.

2. Im Versicherungsfall gemäß II.b) wird ein anderweitiger angemessener Ersatz für den Verdienstausfall auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet (insbesondere Mutterschaftsgeld und Elterngeld).

3. Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit im Versicherungsfall gemäß II.a) und für den Versicherungsfall gemäß II.b) neu.

IV. Versicherungsleistungen

Das versicherte Krankentagegeld wird von dem Tag an gezahlt, der durch die Tarifstufe bezeichnet ist:

- nach Tarifstufe FKT.22 vom 22. Tag
- nach Tarifstufe FKT.43 vom 43. Tag

Das versicherte Krankentagegeld wird auch für Sonn- und Feiertage gezahlt.

Anhang – Gesetzestexte

Einkommensteuergesetz [EStG]

§ 18

(1) Einkünfte aus selbständiger Arbeit sind

1. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Zu der freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer, Steuerbevollmächtigten, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnlicher Berufe. Ein Angehöriger eines freien Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Voraussetzung ist, dass er auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Eine Vertretung im Fall vorübergehender Verhinderung steht der Annahme einer leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit nicht entgegen;

Sonderbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung AWV.groß

Fassung Januar 2025

Wesentliche Merkmale der großen Anwartschaft

- für alle Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife
- alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne Erhebung eines Risikozuschlags nach Inkraftsetzung in den Versicherungsschutz eingeschlossen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs (Grundversicherung), soweit sie nicht durch die folgenden Bedingungen abgeändert oder ergänzt sind.

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Die Anwartschaftsversicherung kann für alle Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife abgeschlossen werden.

2. Die Anwartschaftsversicherung ist möglich für die Dauer bzw. wegen

a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit.

b) eines Anspruchs auf Familienversicherung.

c) eines Anspruchs auf freie Heilfürsorge.

d) eines vorübergehenden Beihilfeanspruchs.

e) einer außergewöhnlichen Notlage.

f) eines längeren Auslandsaufenthaltes.

g) einer Arbeits- oder Stellenlosigkeit.

h) des Mutterschutzes oder der Elternzeit (nur für die Krankentagegeldversicherung).

i) des Eintritts der Berufsunfähigkeit (nur für die Krankentagegeldversicherung).

j) des Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente (nur für die Krankentagegeldversicherung).

k) einer betrieblichen Krankenversicherung in Form einer stationären Zusatzversicherung (nur für die stationäre Zusatzversicherung) und einer Krankentagegeldversicherung (nur für die Krankentagegeldversicherung).

3. Für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung, soweit sie nicht durch diese Bedingungen geändert oder ergänzt werden. Insbesondere können unter den Voraussetzungen des § 18 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung die Bedingungen der Anwartschaftsversicherung geändert werden. Werden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Grundversicherung geändert, so gilt dies insoweit auch für die Anwartschaftsversicherung.

II. Leistungsumfang

1. Durch den Abschluss der Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall einer der oben stehenden Voraussetzungen die Leistungspflicht des in Anwartschaft stehenden Tarifs ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen. Alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen, mit Ausnahme von Kriegs- und Wehrdienstschäden, sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

2. Die Anwartschaft beginnt bzw. endet mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung erfüllt sind bzw. wegfallen. Der Wegfall der Voraussetzungen ist innerhalb von 2 Monaten anzuzeigen.

3. Während der Dauer der Anwartschaft besteht keine Leistungspflicht.

4. Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs vorgesehenen Wartezeiten und sonstigen Fristen angerechnet. Davon ausgenommen sind tarifliche Leistungsbegrenzungen, die in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer gestaffelt sind. Jedoch findet eine Anrechnung auch hinsichtlich dieser tariflichen Leistungsbegrenzungen statt, wenn die Anwartschaftsversicherung für die versicherte Person und den betreffenden Tarif nicht ab Beginn bestanden hat oder ab Beginn, aber schon seit mehr als 5 Jahren besteht.

5. Für die Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung besteht, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit.

6. Fallen die Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung weg, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats vom Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung an mit Wirkung zum Zeitpunkt des Wegfalls kündigen.

III. Beitragsberechnung

1. Während der Anwartschaftszeit wird ein Anwartschaftsnachlass eingeräumt. Der zu zahlende Anwartschaftsbeitrag ergibt sich aus der folgenden Tabelle, je nach Einstufung des der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Tarifs und der zurückgelegten Versicherungsdauer. Die Prozentsätze beziehen sich auf den Beitrag, der jeweils ohne Vereinbarung der Anwartschaft zu zahlen wäre. Risikozuschläge und ggf. der gesetzliche Zuschlag gemäß § 149 VAG bleiben bei der Berechnung des Anwartschaftsbeitrages unberücksichtigt. Bei einer Anpassung des in Anwartschaft stehenden Tarifs ändert sich der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend.

2. Ab dem Tag, der auf die Beendigung der Anwartschaftsversicherung folgt, entfällt der Anwartschaftsnachlass. Eventuell besonders vereinbarte Risikozuschläge sind ab diesem Zeitpunkt zu entrichten.

Der Beitrag der Anwartschaftsversicherung wird mit den folgenden Prozentsätzen berechnet:

im … Kalenderjahr[1]	Krankheitskostentarife	Krankenhaustagegeldtarife	Krankentagegeldtarife
1. bis 5.	45%	50%	35%
6. bis 10.	40%	45%	25%
11. bis 15.	35%	35%	15%
16. bis 20.	25%	25%	5%
ab dem 21.	15%	15%	5%

[1] Die Laufzeit für die Einstufung der Anwartschaftsversicherung beginnt mit dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person Beiträge mit Bildung von Alterungsrückstellung für den in Anwartschaft stehenden Tarif bezahlt, frühestens jedoch mit dem ersten Erwachsenenalter.

Der Prozentsatz für die Berechnung des Beitrages zur Anwartschaftsversicherung für Kinder und Jugendliche, deren Beiträge ohne Bildung von Alterungsrückstellung kalkuliert sind, beträgt unabhängig vom versicherten Tarif und von der Laufzeit 3,5%.

Zum 1.1. des Jahres, in dem die versicherte Person erstmalig in einen Beitrag mit Bildung von Alterungsrückstellung für den in Anwartschaft stehenden Tarif eingestuft wird (in der Regel in dem Jahr, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird), oder wenn das 6., 11. oder 16. Jahr beginnt, ändern sich die Prozentsätze entsprechend.

3. Bei einer Beitragsanpassung des in Anwartschaft stehenden Tarifs sind die vorstehenden (ggf. gleichzeitig angepassten) Prozentsätze auf den neuen Beitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifs anzuwenden.

Sonderbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung AWV.klein

Fassung Januar 2025

Wesentliche Merkmale der kleinen Anwartschaft

- für alle Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife
- alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne Erhebung eines Risikozuschlags nach Inkraftsetzung in den Versicherungsschutz eingeschlossen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs (Grundversicherung), soweit sie nicht durch die folgenden Bedingungen abgeändert oder ergänzt sind.

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Die Anwartschaftsversicherung kann für alle Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife abgeschlossen werden.

2. Die Anwartschaftsversicherung ist möglich für die Dauer bzw. wegen

a) einer Krankenversicherungspflicht in der GKV ohne Befreiungs- oder Kündigungsmöglichkeit.

b) eines Anspruchs auf Familienversicherung.

c) eines Anspruchs auf freie Heilfürsorge.

d) eines vorübergehenden Beihilfeanspruchs.

e) einer außergewöhnlichen Notlage.

f) eines längeren Auslandsaufenthaltes.

g) einer Arbeits- oder Stellenlosigkeit.

h) eines Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule oder einer Ausbildung zu einem Beamtenberuf als Beamtenanwärter.

i) des Mutterschutzes oder der Elternzeit (nur für die Krankentagegeldversicherung).

j) des Eintritts der Berufsunfähigkeit (nur für die Krankentagegeldversicherung).

k) des Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente (nur für die Krankentagegeldversicherung).

l) einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen bis zum Wirksamwerden der nächstmöglichen Kündigung.

m) einer betrieblichen Krankenversicherung in Form einer stationären Zusatzversicherung (nur für die stationäre Zusatzversicherung) und einer Krankentagegeldversicherung (nur für die Krankentagegeldversicherung).

3. Für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung, soweit sie nicht durch diese Bedingungen geändert oder ergänzt werden. Insbesondere können unter den Voraussetzungen des § 18 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Grundversicherung die Bedingungen der Anwartschaftsversicherung geändert werden. Werden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Grundversicherung geändert, so gilt dies insoweit auch für die Anwartschaftsversicherung.

II. Leistungsumfang

1. Durch den Abschluss der Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall des Grundes aufgrund dessen die Anwartschaft besteht, die Leistungspflicht des in Anwartschaft stehenden Tarifs ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen. Alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen, mit Ausnahme von Kriegs- und Wehr-

dienstschäden, sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

2. Die Anwartschaft beginnt bzw. endet mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung erfüllt sind bzw. wegfallen. Der Wegfall der Voraussetzungen ist innerhalb von 2 Monaten anzuzeigen.

3. Während der Dauer der Anwartschaft besteht keine Leistungspflicht.

4. Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs vorgesehenen Wartezeiten und sonstigen Fristen angerechnet. Davon ausgenommen sind tarifliche Leistungsbegrenzungen, die in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer gestaffelt sind. Jedoch findet eine Anrechnung auch hinsichtlich dieser tariflichen Leistungsbegrenzungen statt, wenn die Anwartschaftsversicherung für die versicherte Person und den betreffenden Tarif nicht ab Beginn bestanden hat oder ab Beginn, aber schon seit mehr als 5 Jahren besteht.

5. Für die Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung besteht, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit.

6. Fallen die Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung weg, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats vom Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung an mit Wirkung zum Zeitpunkt des Wegfalls kündigen.

III. Beitragsberechnung

1. Der Beitrag während der Anwartschaftszeit beträgt bei einem Eintrittsalter

- bis 25 Jahre 3,5%
- 26–30 Jahre 4,0%
- 31–35 Jahre 4,5%
- ab 36 Jahre 5,0%

des jeweils geltenden Neugeschäftsbeitrags des in Anwartschaft stehenden Tarifs. Risikozuschläge und ggf. der gesetzliche Zuschlag gemäß § 149 VAG bleiben bei der Berechnung des Anwartschaftsbeitrages unberücksichtigt. Bei einer Anpassung des in Anwartschaft stehenden Tarifs ändert sich der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend.

2. Der Beitrag nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter. Eventuell besonders vereinbarte Risikozuschläge sind ab diesem Zeitpunkt zu entrichten. Bestand vor dem Beginn der Anwartschaftsversicherung eine Krankenversicherung, für die gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen eine Alterungsrückstellung gebildet wurde, wird diese Alterungsrückstellung nach Aufleben des Versicherungsschutzes nach diesen Grundsätzen angerechnet.

3. Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.