

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Deutschland

Tarife
TG6G

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif TG6G. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Vertrags zur Krankentagegeldversicherung erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (1.512), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankentagegeldversicherung, die Ihnen bei Krankheit die Zahlung eines Krankentagegelds nach einer vereinbarten Kranzzeit gewährt. Sie sichert Sie vor Einkommensverlusten bei längerer Krankheit ab.



Was ist versichert?

- ✓ Zahlung eines Krankentagegelds bei Arbeitsunfähigkeit in vereinbarter Höhe. Den genauen Leistungsumfang des Tarifs TG6 finden Sie in der Tarifbeschreibung (1.512).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ⚠ Keine Leistungspflicht besteht u. a. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen. Weitere Einzelheiten finden Sie hierzu in den §§ 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif TG6 (1.512).



Was ist nicht versichert?

- ✗ Aufwendungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (1.512).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- ✓ Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Europa für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus aufgrund akuter Krankheiten oder Unfälle.
- ✓ Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten Versicherungsschutz. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (1.512).



Welche Verpflichtungen habe ich?

- In der Krankentagegeldversicherung ist jeder Berufswechsel unverzüglich anzuzeigen. Außerdem darf der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden. Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6 (1.512).
- In der Krankentagegeldversicherung müssen Sie uns die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens aber bis zum Ablauf der für den jeweiligen Tarif vorgesehenen Karenzzeit durch Vorlage eines Nachweises anzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf dem zur Verfügung gestellten Vordruck wöchentlich nachzuweisen. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6 (1.512).
- Beachten Sie die Verpflichtungen sorgfältig, da diese für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses von großer Bedeutung sind. Ihre Nichtbeachtung kann deshalb auch schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Sie können Ihren Versicherungsschutz teilweise oder sogar ganz verlieren oder wir können berechtigt sein, uns vom Vertrag zu lösen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig. Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung insbesondere unter § 8 der AVB/TG6 (1.512).



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und - soweit tariflich vorgesehen - dem Ablauf der Wartezeiten.
- Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.
- Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.
Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (1.512) in den Absätzen (1) und (4), die Bestimmung über den Kündigungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. unter § 14.
Die Krankenversicherung kann darüber hinaus wegen des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit enden, z.B. wegen Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder im Zuge von Arbeitslosigkeit oder von Berufsunfähigkeit. Die vertraglichen Regelungen hierzu finden Sie unter § 15.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Stand 01.07.2023

Teil I: Tarif TG6

Teil II: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6 (AVB/TG6)

Teil I: Tarif TG6

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein Krankentagegeld – auch für Sonn- und Feiertage – wenn:

- der Versicherte infolge einer Krankheit oder Unfallverletzung völlig (100 %ig) arbeitsunfähig ist

oder

- ein Versicherungsfall nach § 1a AVB/TG6 vorliegt.

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. am 43. Tag ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit oder des Versicherungsfalles nach § 1a AVB/TG6.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeit zusammengezählt.

In diesem Tarif sind versicherungsfähig alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Lohnfortzahlung von sechs Wochen stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

Das Krankentagegeld muss mindestens EUR 10,- und darf höchstens EUR 30,- betragen. Der Mindest- und Höchstbetrag des abschließbaren Krankentagegeldes kann mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der allgemeinen Einkommensentwicklung angepasst werden.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif TG6.

Teil II: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine

während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen, dem Tarif 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 den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhsensversicherungen solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhsensgrund 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.

Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs. Für die Dauer eines längeren vorübergehenden Aufenthaltes kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen fortgeführt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden. Der Antrag auf den Abschluss besonderer Vereinbarungen oder eine Anwartschaftsversicherung ist vor Ablauf der sechs Monate beim Versicherer zu stellen.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat 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.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

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

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

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

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

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Die Wartezeiten entfallen.

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 fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 4 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

§ 3 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

(1) Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung erbracht. Wird für einen Tarif oder eine Tarifstufe durch die Mitgliedervertretung die Ausschüttung einer Beitragsrückerstattung beschlossen, so entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif oder dieser Tarifstufe versichert war und in keinem der versicherten Krankentagegeldtarife Versicherungsleistungen für sie für das abgelaufene Kalenderjahr erbracht wurden.

(2) Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt, wenn

- a) für die betreffende Person im abgelaufenen Kalenderjahr weniger als zwölf monatliche Beitragsraten fällig waren,
- b) die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr für den Versicherungsvertrag nach einer Mahnung nach § 38 VVG einschließlich der Mahnkosten nicht innerhalb der dort festgelegten Zahlungsfrist gezahlt wurden,
- c) die Versicherung dieser Person oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhensvereinbarung wegen eines Bundesfreiwilligendienstes am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr bestanden hat. Bei Kündigung wegen gesetzlicher Versicherungspflicht oder bei Tod bleibt ein bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung erhalten.

(3) Maßstab für die Bemessung der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifs oder der Tarifstufe, aus denen die Beitragsrückerstattung gewährt wird. Als monatliche Beitragsrate gilt 1/12 der für diesen Tarif oder diese Tarifstufe im leistungsfrei gebliebenen Kalenderjahr entrichteten Beiträge. Beiträge zur Anwartschaftsversicherung werden hierbei nicht berücksichtigt. Die Ausschüttungen erfolgen als Auszahlungen oder Gutschriften in der zweiten Hälfte des Folgejahres.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(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 3 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Das Verletztengeld der Berufsgenossenschaft, die Berufsunfähigkeitsrente aus Lebensversicherungen sowie das Unfalltagelgeld zählen nicht als Krankentagegeld (§ 15 bleibt unberührt).

(3) Erhöhung des Nettoeinkommens

Bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens wird auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld entsprechend angepasst. Der tarifliche Höchstsatz des Tagegeldes darf hierbei nicht überschritten werden. Wirksam wird diese Anpassung zu dem Monatsbeginn, der dem Antragseingang beim Versicherer folgt, frühestens jedoch zu Beginn des Monats, für den die Erhöhung des Nettoeinkommens gilt.

Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für den höheren Versicherungsschutz. Für die Anpassung entfällt eine erneute Risikoprüfung, wenn der Antrag auf Anpassung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Erhöhung des Nettoeinkommens gestellt wird.

Der Zeitpunkt der Erhöhung und die Veränderung des Nettoeinkommens sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Die Höhe des Krankentagegeldes darf das Nettoeinkommen nicht übersteigen. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das versicherte Krankentagegeld höher ist als das Nettoeinkommen, gilt § 4 Abs. 4 AVB/TG6.

Laufende Versicherungsfälle werden durch eine Anpassung nicht betroffen.

(4) Verringerung des Nettoeinkommens

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

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

Maßgeblich sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers. Ist bei Kenntniserlangung des Versiche-

ers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Als Nettoeinkommen gilt das sich aus den Gehaltsnachweisen ergebende Nettoeinkommen (Bruttoeinkommen abzüglich Steuern und Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung) zuzüglich der vollen Beiträge für die Kranken- Pflegepflicht- und Rentenversicherung. Besteht keine Rentenversicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung, werden auch die Beiträge zu einem berufsständischen Versorgungswerk berücksichtigt. Zusätzlich ist die Absicherung von Beiträgen zu einer betrieblichen Altersvorsorge möglich.

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) Verlängerung der Fortzahlung des Entgeltes

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende zeitliche Verlängerung des Entgeltanspruchs bei Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen.

Bei einer nicht nur vorübergehenden zeitlichen Verlängerung des Entgeltanspruches bei Arbeitsunfähigkeit entfällt die Versicherungsfähigkeit. Die Beendigung des Versicherungsvertrages und der Wegfall der Leistungspflicht richten sich nach § 15 (1) a).

Der Versicherungsnehmer kann aber die Umstellung seines Versicherungsvertrages in einen Krankentagegeldtarif mit entsprechend längerer Karenzzeit verlangen. Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Risikoprüfung annehmen, wenn der Antrag in Höhe des versicherten Krankentagegeldes und innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Grundes für die Änderung gestellt wird. Die Umstellung erfolgt dann mit Wirkung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats. Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(6) 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.

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

(8) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise trägt der Versicherer. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

Der Versicherer wird sich auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, wenn die Krankenanstalt die einzige in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

(11) Für die Dauer einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers wird Krankentagegeld gezahlt, wenn

- die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme durch ein ausführliches ärztliches Attest nachgewiesen wird und
- unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens vier Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

(12) 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 über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(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) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz);
- d) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 9 und 10). 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.

(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 Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Das Krankentagegeld wird monatlich nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.

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

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

(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. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(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 wegen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 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.

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr, so dass sich jeweils zum Jahresanfang das Alter erhöht. Führt die Erhöhung des Alters zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als eine Beitragserhöhung im Sinne von § 13 Abs. 4.

(2) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge 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.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs 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.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der für den Tarif vorgesehenen Karenzzeit durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 8) 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 auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordruck wöchentlich 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 Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

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

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

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Kran-

krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(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 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

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, der Eintritt einer Arbeitslosigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe c) 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 zurück zu zahlen.

§ 12 Aufrechnung

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 Versicherungsver eins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer/Ruhe der Versicherung/Anwartschaft

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen (siehe § 2 Abs. 2).

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

(3) Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhe der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn eine versicherte Person vorübergehend in eine studentische Pflichtversicherung eintreten muss oder infolge vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Bundesfreiwilligendienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Bundesfreiwilligendienstes, bei Ableistung des freiwilligen Wehrdienstes für die Dauer des freiwilligen Wehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

Der Versicherer ist leistungsfrei für alle Leistungsansprüche, die in die Ruhezeit fallen. Krankentagegeld wird unter Berücksichtigung der Karenzzeit nur für die Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung des Ruhens gezahlt.

Abgesehen von der Ableistung des freiwilligen Wehrdienstes oder des Bundesfreiwilligendienstes ist bei einer Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses von mehr als sechs Monaten der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erforderlich.

(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 dreier 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(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.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(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) wenn die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos im Sinne des Sozialgesetzbuches, Drittes Buch (SGB III) wird, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.

c) 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 sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

d) spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres. Die versicherte Person hat das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

e) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsver-

hältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

- f) 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) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Arbeitslosigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Arbeitslosigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe der Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Arbeitslosigkeit, der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AVB/AWV).

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

(3) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wirksamwerden der Kündigung für den Zeitraum ab deren Wirksamwerden zu stellen. Hinsichtlich des Eintritts der Berufsunfähigkeit siehe Abs. 2.

(4) Liegt ein Ehescheidungs Urteil vor oder leben die Ehegatten getrennt, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seine Vertragsteile als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt für Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Klagefrist / Gerichtsstand

(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 ins Ausland 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

(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 höchststrichterliche 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.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 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.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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

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

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

(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.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 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.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 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 Leis-

tung 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.

Krankheitskosten-Zusatzversicherung für Gruppenversicherungsverträge genossenschaftlicher Organisationen und weiterer Vertriebspartner

Stand 01.01.2024

Stationäre Heilbehandlung
Hilfsmittel – Kur – Ausland
Zahnersatz
Zahnbehandlung
Naturheilverfahren
Kostenerstattung bei Arzt und Zahnarzt
Vorsorge – Impfungen – Präventionskurse
Krankenhaustagegeld
Krankentagegeld

Tarife SG1G/SG2G
Tarif WGG
Tarife ZG3G/ZH4G/ZG5G/ZG7G
Tarif ZGBG
Tarif NHG
Tarife AGG/AGZG
Tarif VG
Tarif 10G
Tarif TG6G

Tarife SG1G/SG2G

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- falls Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind:

bei Inanspruchnahme eines

Ein- oder Zweibett-Zimmers aus dem Tarif SG1G

Zweibett-Zimmers aus dem Tarif SG2G

100 % der Kosten für gesondert berechnete Unterkunft und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Diese Erstattung erfolgt auch dann, wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet hat. Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird der Kürzungsbetrag erstattet.

- falls Krankenhausleistungen nicht nach der BPfIV bzw. dem KHEntgG berechnet sind:

bei Belegung eines **Ein- oder Zweibett-Zimmers** aus dem Tarif SG1G

bei Belegung eines **Zweibett-Zimmers** aus dem Tarif SG2G nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung **100 %** des verbleibenden Rechnungsbetrages für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Erbringt die gesetzliche Krankenkasse **keine** Leistungen oder hat die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung geendet, so wird anstelle der Kostenerstattung, unabhängig von der Wahl eines Zimmers mit ein, zwei oder mehr Betten ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 48,- aus dem Tarif SG1G

EUR 36,- aus dem Tarif SG2G

gezahlt.

Zusätzlich gilt für den Tarif SG1G:

Zu den ärztlichen Leistungen gehören auch ärztliche Liquidationen, denen eine von der amtlichen Gebührenordnung

für Ärzte abweichende, sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt.

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland gilt dieses auch bei Überschreitung des Gebührenrahmens ohne nähere Begründung.

Zusätzlich gilt für den Tarif SG2G:

Erfolgt die Behandlung in einem Einbett-Zimmer, so gelten die Erstattungsgrundsätze für den Teil des Rechnungsbetrages, der einen Selbstbehalt von EUR 30,- je Krankenhaustag übersteigt.

Neben der Kostenerstattung wird bei Inanspruchnahme **eines Zimmers mit mehr als zwei Betten** ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 30,- aus dem Tarif SG1G

EUR 18,- aus dem Tarif SG2G

oder bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung

EUR 18,- aus dem Tarif SG1G

EUR 18,- aus dem Tarif SG2G

gezahlt.

Bei Inanspruchnahme eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung wird anstelle der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 48,- aus dem Tarif SG1G

EUR 36,- aus dem Tarif SG2G

gezahlt.

- Die Beträge für die unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Krankenhaustagegelder und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werde mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.
- Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 im Rahmen der Tarifbedingungen eingeschlossen.

Tarif WGG

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Brillen/Kontaktlinsen

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR für Brillen bzw. Kontaktlinsen.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR erstattet.

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe 5. c) zu § 4 (3) MB/KK 2009) besteht der Anspruch auf Erstattung im Abstand von 36 Monaten oder einmal jährlich bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2. Große Hilfsmittel

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch nicht mehr als 550,- EUR jährlich.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Nicht zu den verbleibenden Aufwendungen gehören gesetzlich festgelegte Zuzahlungen.

Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrräder, Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z.B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).

3. Kurtagegeld

14,- EUR je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung leistet.

4. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Wegegebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus;

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;

- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbeseitigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Re-

paraturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;

- einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen.
- Der medizinisch notwendige Rücktransport nach Deutschland wird auch vom Versicherer organisiert;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu 12.000,- EUR.

Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Das Kurtagegeld und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 9952 2001

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Tarife ZG3G/ZH4G/ZG5G/ZG7G

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei

1. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

im Tarif ZG3G **30 %** des Rechnungsbetrages,

im Tarif ZH4G **40 %** des Rechnungsbetrages,

im Tarif ZG5G **50 %** des Rechnungsbetrages,

im Tarif ZG7G **70 %** des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde.

Im Tarif ZH4G gelten auch Inlays als Zahnersatz.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt.

Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2. Behandlung durch Heilpraktiker

im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes **40 %** des Rechnungsbetrages im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte im Tarif ZH4G. In den Tarifen ZG3G, ZG5G, ZG7G können Heilpraktiker nicht in Anspruch genommen werden.

Tarife ZGBG

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung für:

1. Kunststofffüllungen und Inlays

jeweils 80 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs (§ 152 VAG) verbleibenden Rechnungsbetrages.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist für Kunststofffüllungen und Inlays zusammen in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 500,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,- EUR begrenzt.

Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung oder der Basistarif nachweislich keine Vorleistung, beträgt der Erstattungsbetrag 70 %, die Begrenzungen des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages gemäß Satz 2 gelten entsprechend.

2. zahnprophylaktische Leistungen

(z. B. Professionelle Zahnreinigung) 100 % des Rechnungsbetrages bis zu 70,- EUR im Kalenderjahr. Die Wartezeit entfällt.

3. die Gesamtkosten kieferorthopädischer Behandlungen bei Kindern mit einem Eintrittsalter

- von bis zu 6 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 1.500,- EUR,
- von 7 bis 9 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 1.000,- EUR,
- ab 10 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 500,- EUR zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs jedoch nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrages.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, wenn das Kind vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Bei Kunststofffüllungen und Inlays entfallen dann zudem die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre.

Betragsmäßig oder prozentual festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Tarif NHG

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

Naturheilverfahren

100 % des Rechnungsbetrags für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel bis zu kalenderjährlich insgesamt 1.000,- EUR. Die Erstattung ist im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 100,- EUR, im zweiten Kalenderjahr auf insgesamt 200,- EUR begrenzt. Aufwendungen für Ärzte sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung.

Vorrang anderer Versicherungsleistungen

Sind Naturheilverfahren durch die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder durch ein Versicherungsverhältnis im Basistarif (§ 152 VAG) oder durch eine beim Versicherer bestehende Krankheitskosten-Zusatzversicherung mitversichert, gehen diese Leistungsansprüche den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NHG vor und sind zuerst bei dem jeweiligen Kostenträger geltend zu machen.

Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NHG nach, sodass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif NHG und dann – soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist – tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Auszug aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen, 6. Auflage 2012

- Anthroposophische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
- Eigenblutbehandlungen
- Enzymtherapie
- Ernährungstherapie – komplementäre Allergiebehandlung
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden
- Hyperthermie
- Kinesiologie
- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie

- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik – Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie
- Umweltmedizin

Tarif AGG

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei ambulanter Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt für

- ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegeelder des Arztes,
- Röntgendiagnostik, Laboruntersuchungen und Strahlentherapie,
- Arzneien, Verbandsmittel, Heilmittel,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers,
- Vorsorgeuntersuchungen

80 % des verbleibenden Rechnungsbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die gesetzlich festgelegten Zuzahlungen sowie die wegen der Wahl der Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Übersteigen die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von EUR 1.000,-, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 20 %.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse beendet hat, beträgt die Erstattung 40 % des Rechnungsbetrages, für Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes ebenfalls 40 % des Rechnungsbetrages.

Betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werde mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Wartezeiten

In Abweichung zu §3 Abs.2 und 3 MB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten.

Tarif AGZG

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kosten der Zahnbehandlung, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen

80 % des verbleibenden Restbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die wegen der Wahl als Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse beendet hat, beträgt die Erstattung **40 %** des Rechnungsbetrages.

Wartezeiten

In Abweichung zu §3 Abs.2 und 3 MB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten.

Der Tarif AGZG kann nur gemeinsam mit dem Tarif AGG bestehen. Fällt Tarif AGG fort, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung im Tarif AGZG.

Tarif VG

Versicherungsleistungen

A.

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bis zu 100 % der Aufwendungen für

1. ambulante medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), die von einem approbierten Arzt vorgenommen und nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen abgerechnet werden.

Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch eine sportmedizinische Untersuchung.

Gendiagnostische Untersuchungen sind von der Erstattung ausgenommen.

2. Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO). Unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO werden Schutzimpfungen gegen Influenza, FSME und Tollwut erstattet.

Für Schutzimpfungen, die ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden, wird nicht geleistet.

3. Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von §20 Abs.1 des Sozialgesetzbuches, fünftes Buch (SGB V), entsprechen. Kurse, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, erfüllen diese Voraussetzung. Dies ist vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.

B.

Der Versicherer stellt einen Beratungsservice für die medizinische und psychologische Beratung der Versicherten zur Verfügung.

Die Beratung erfolgt anonym und kann telefonisch in Anspruch genommen werden.

Erstattungshöhe und -modalitäten

Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen ist begrenzt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 400 EUR je Kalenderjahr.

Die Erstattung für Präventionskurse erfolgt nach Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80 % der Kurseinheiten und ist begrenzt auf maximal 100 EUR je Kalenderjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie angefallen sind, d.h. in dem die Untersuchung, Impfung oder die Teilnahme am Präventionskurs erfolgte.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs.2 und 3 MB/KK entfallen die Wartezeiten.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs können mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Bei einer Änderung von § 20 Abs. 1 SGB V oder des Zertifizierungsverfahrens der Zentralen Prüfstelle Prävention ist der Versicherer berechtigt, das tarifliche Leistungsversprechen hinsichtlich dieser Änderung zu überprüfen und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des unabhängigen Treuhänders neu festzulegen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis in diesem Fall innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung außerordentlich kündigen.

Tarif 10G

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

Das Krankenhaustagegeld wird ungekürzt ausgezahlt. Es wird nicht auf Leistungen einer etwa bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angerechnet.

Das Krankenhaustagegeld muss mindestens EUR 10,- betragen.

Hinweis

Die Tarife SG1G, SG2G, WGG, ZG3G, ZH4G, ZG5G, ZG7G, ZGPG, NHG, AGG, AGZG, VG und 10G gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen.

Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Alter. Alterungsrückstellungen werden nicht gebildet.

Tarif TG6G

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein Krankentagegeld – auch für Sonn- und Feiertage – wenn der Versicherte infolge einer Krankheit oder Unfallverletzung völlig (100 %ig) arbeitsunfähig ist.

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. am 43. Tag ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeit zusammengezählt.

In diesem Tarif sind versicherungsfähig alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Lohnfortzahlung von sechs Wochen stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

Das Krankentagegeld muss mindestens EUR 10,- und darf höchstens EUR 30,- betragen. Der Mindest- und Höchstbetrag des abschließbaren Krankentagegeldes kann mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der allgemeinen Einkommensentwicklung angepasst werden.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif TG6.

Ergänzende Regelungen

§ 1 Wer kann versichert werden?

(1) Nach den Gruppenversicherungstarifen können Mitarbeiter der Firma versichert werden, die einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören und im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnen.

Der Basistarif (§ 152 VAG) ist der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt, außer für Tarif TG6G. Dies gilt auch hinsichtlich der Regelungen zu den jeweiligen tariflichen Versicherungsleistungen.

(2) Gesetzlich krankenversicherte Familienangehörige können grundsätzlich mitversichert werden. Als Familienangehörige gelten:

- Ehegatten
- Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz
- Lebensgefährten, welche in häuslicher Gemeinschaft mit dem Mitarbeiter leben sowie
- Kinder bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, solange sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. unterhaltsberechtigt sind.

(3) Nach Tarif VG und 10G können auch Mitarbeiter der Firma und deren Familienangehörige versichert werden, die eine private Krankheitskostenvollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherung unterhalten.

Nach Tarif NHG können auch Mitarbeiter der Firma und deren Familienangehörige versichert werden, die eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer unterhalten

§ 2 Können die Beiträge vom Versicherer geändert werden?

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) zu § 8b entfällt. § 8b Abs.1 des Teils I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) erhält folgenden Inhalt:

Der Versicherer ist bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation eines Tarifs maßgeblichen Rechnungsgrundlage von mehr als 5 % berechtigt, die Prämie des Tarifs entsprechend den berechtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Technischen Rechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Bei der Berechnung werden die folgenden gemeinsamen Beobachtungseinheiten gebildet:

- Tarife WGG, WGF und WGM
- Tarife AGG, AGF und AGM
- Tarife AGZG, AGZF und AGZM
- Tarife SG1G, SG1F, SG1M, SG2G, SG2F, SG2M und SGPG
- Tarife ZG3G, ZG3F, ZG3M, ZG5G, ZG5F, ZG5M, ZG7G, ZG7F, ZG7M, ZH4G, ZH4F, ZH4M und ZGPG
- Tarife ZGBG, ZGBF und ZGBM
- Tarife 10G, 10F und 10M
- Tarife NHG, NHF und NHM
- Tarife VG, VF und VM.

Abweichend von § 8b Abs.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6

(AVB/TG6) wird eine gemeinsame Beobachtungseinheit aus den Tarifen TG6F, TG6G und TG6M gebildet.

Dabei dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

Der Mitarbeiter kann verlangen, dass sein Versicherungsverhältnis zum Erhöhungstermin beendet wird. Dies gilt entsprechend für die Versicherungsverhältnisse von mitversicherten Familienangehörigen.

§ 3 Können Tarife und Allgemeine Versicherungsbedingungen vom Versicherer geändert

Die Tarife und Allgemeine Versicherungsbedingungen können gemäß § 18 des Teils I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen geändert werden.

Der Mitarbeiter kann verlangen, dass sein Versicherungsverhältnis zum Änderungstermin beendet wird. Dies gilt entsprechend für die Versicherungsverhältnisse von mitversicherten Familienangehörigen.

§ 4 Wann endet das Versicherungsverhältnis?

(1) In Ergänzung zu § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis für den Mitarbeiter mit Ablauf des Monats

- a) in dem der Mitarbeiter aus dem Unternehmen ausscheidet;
- b) in dem die Krankenversicherung gemäß § 1 (1) oder (3) endet;
- c) mit der Beendigung des Gruppenvertrages;
- d) im Falle des Ruhens des Arbeitsverhältnisses (z. B. Elternzeit oder Ableistung eines Bundesfreiwilligendienstes nach BFDG) oder bei Bezug der Altersrente.

Liegt a), b) oder d) vor, ist dies dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten durch den Mitarbeiter anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet bei einer verspäteten Anzeige zum Ende des Monats, in welchem der Versicherer Kenntnis vom Beendigungsgrund erlangt.

(2) In Ergänzung zu § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis für Familienangehörige des Mitarbeiters mit Ablauf des Monats

- a) in dem der Mitarbeiter aus dem Unternehmen ausscheidet;
- b) in dem die Krankenversicherung gemäß § 1 (2) oder (3) endet;
- c) mit der Beendigung des Gruppenvertrages;
- d) bei Tod des Mitarbeiters;
- e) bei Wegfall der Voraussetzungen als Familienangehörige;
- f) bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses des Mitarbeiters.

Liegt a), b), d) oder e) vor, ist dies dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten durch den Mitarbeiter bzw. im Falle d) durch die mitversicherten Familienangehörigen anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet bei einer verspäteten Anzeige zum Ende des Monats, in welchem der Versicherer Kenntnis vom Beendigungsgrund erlangt.

§ 5 Fortführung des Versicherungsverhältnisses

(1) In den Fällen des § 4 (1) a) haben der Mitarbeiter und dessen mitversicherte Familienangehörigen das Recht, innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung des Versicherungsverhältnisses, dieses ohne Risikoprüfung zu den Bedingungen der entsprechenden, nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren betriebenen Einzelversicherungen, fortzusetzen.

Sofern eine solche Einzelversicherung nicht geführt wird, kann der Versicherte innerhalb des gleichen Zeitraumes das Versicherungsverhältnis als Versicherungsnehmer auf eigene Rechnung ohne Risikoprüfung in einem Tarif mit gleichartigem Versiche-

rungsschutz und nicht umfangreicheren Leistungen fortsetzen, sofern er in diesem versicherungsfähig ist. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt.

Dies gilt entsprechend für versicherte Familienangehörige in den Fällen des § 4 (2) d), e) und f).

(2) In den Fällen des § 4 (1) c) und (2) c) haben der Mitarbeiter und dessen mitversicherte Familienangehörigen das Recht, innerhalb von zwei Monaten ab der Beendigung des Gruppenvertrages das Versicherungsverhältnis auf eigene Rechnung zu den Sonderkonditionen des Gruppenversicherungsvertrages fortführen.

Alternativ können der Mitarbeiter und dessen mitversicherte Familienangehörigen innerhalb des gleichen Zeitraums das Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung zu den Bedingungen der entsprechenden, nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren betriebenen Einzelversicherungen fortsetzen.

Sofern eine solche Einzelversicherung nicht geführt wird, kann der Versicherte innerhalb des gleichen Zeitraumes das Versicherungsverhältnis als Versicherungsnehmer auf eigene Rechnung ohne Risikoprüfung in einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz und nicht umfangreicheren Leistungen fortsetzen, sofern er in diesem versicherungsfähig ist. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt.

(3) In den Fällen gemäß § 4 (1) d) kann der Mitarbeiter auf eigene Rechnung dieses Versicherungsverhältnis zu den Sonderkonditionen des Gruppenversicherungsvertrages fortführen. Dies gilt entsprechend für versicherte Familienangehörige im Fall des § 4 (2) f), wenn der versicherte Mitarbeiter aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet, aber weiterhin Mitarbeiter der Firma bleibt.

Die Dauer des Ruhens nach § 4 (1) d) ist nachzuweisen.

Monatliche Beiträge in EUR (Stand 01.01.2025)

Alter	SG1G	SG2G	WGG	ZG3G	ZH4G	ZG5G
bis 20	7,51	4,79	2,06	0,14	0,79	0,33
21–65	23,66	18,10	4,02	5,37	8,93	12,32
ab 66	64,79	53,14	4,61	10,40	14,44	23,88

Alter	ZG7G	ZGBG	NHG	AGG	AGZG	10G je 1,- EUR
bis 20	0,52	7,77	13,22	33,39	18,06	0,03
21–65	19,73	8,46	31,31	129,95	15,34	0,11
ab 66	38,22	8,79	34,64	207,48	18,21	0,26

Alter	VG
bis 20	3,82
21–67	4,29
ab 68	4,88

Alter	TG6G je 1,- EUR
16–67	0,44

Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Alter.