

Versicherungsbedingungen für die Tarife Krankentagegeld Inbound Langfristig (Gruppenversicherung)

In den Tarifen Krankentagegeld Inbound Langfristig (Gruppenversicherung) bieten wir Versicherungsschutz gegen Verdienstaustausch als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Im Versicherungsfall zahlen wir für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang. Außerdem bieten wir für weibliche →versicherte Personen Versicherungsschutz gegen einen Verdienstaustausch während gesetzlicher Mutterschutz-Zeiten.

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als →Hauptversicherten des →Gruppenversicherungsvertrags. Daneben müssen die Versicherungsbedingungen auch vom →Versicherungsnehmer beachtet werden. Wenn neben einem Tarif Krankentagegeld Inbound Langfristig (Gruppenversicherung) bei uns für die versicherte Person weitere Verträge bestehen, können dafür andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen für die Tarife Krankentagegeld Inbound Langfristig (Gruppenversicherung) nicht.

Diese Tarife haben die Kurzbezeichnungen KTIL07W, KTIL14W und KTIL27W. Welcher Krankentagegeld-Tarif für Sie vereinbart worden ist, entnehmen Sie bitte Ihrem Insurance Certificate/Versicherungsschein.

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

| | Seite |
|---|-------|
| 1. Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall | 1 |
| 2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang.. | 2 |
| 3. Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen sowie das Recht auf Offenlegung | 2 |
| 4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen | 3 |

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen. Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→schriftlich"

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit der Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

| | Seite |
|--|-------|
| 1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung | 5 |
| 2. Obliegenheiten | 5 |
| 3. Informationspflichten | 6 |

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie und der Versicherungsnehmer finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Versicherungsvertrags.

| | Seite |
|---|-------|
| 1. Beginn des Versicherungsschutzes | 7 |
| 2. Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen | 7 |
| 3. Höhe und Änderung des versicherten Krankentagegeldes | 7 |
| 4. Ende des Versicherungsvertrags und des Versicherungsschutzes | 8 |
| 5. Fortsetzung des Versicherungsvertrags | 9 |
| 6. Deutsches Recht | 9 |
| 7. Beschwerdemöglichkeiten | 10 |
| 8. Zuständiges Gericht | 10 |
| 9. Verjährung | 10 |
| 10. Aufrechnung | 10 |
| 11. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte | 11 |

Teil A - Leistungen

Hier finden Sie Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und eine Beschreibung der Leistungen, die wir im Versicherungsfall erbringen.

1. Regelungen zum Versicherungsschutz und zum Versicherungsfall

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
- 1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
- 1.3 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?
- 1.4 Welche Bedeutung hat die Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis?
- 1.5 Wann beginnt die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag (Versicherungsbeginn)?
- 1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit

a) Versicherungsfall

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

b) Vom Versicherungsschutz erfasste Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Regelungen liegt vor, wenn die →versicherte Person

- ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann und
- weder ihre berufliche Tätigkeit ausübt noch anderweitig erwerbstätig ist.

c) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

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

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

(2) Versicherungsfall in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten

a) Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist auch der Verdienstaussfall der weiblichen →versicherten Person während folgender Zeiten:

- in den Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Gesetzes zum Schutz erwerbstätiger Mütter ("Mutterschutzgesetz" - MuSchG) und
- am Entbindungstag.

Voraussetzung ist, dass sie in diesen Zeiten nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist.

b) Umfang unserer Leistungspflicht

Im Versicherungsfall nach Absatz a) zahlen wir das versicherte Krankentagegeld, soweit der →versicherten Person für ihren Verdienstaussfall in diesen Zeiten kein Mutterschaftsgeld, Elterngeld oder sonstiger anderweitiger angemessener Ersatz zusteht.

Wir rechnen einen Anspruch auf einen angemessenen anderweitigen Ersatz auf die Höhe des versicherten Krankentagegelds an.

c) Maßgebliche Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit

Wenn wir in den Versicherungsbedingungen auf den Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit Bezug nehmen, gelten auch sie sinngemäß für den Versicherungsfall in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten.

(3) Eintritt beider Versicherungsfälle

Wenn die weibliche →versicherte Person während des Versicherungsfalls in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten arbeitsunfähig nach Absatz 1 b) ist, zahlen wir das versicherte Krankentagegeld nur einmal. Denn während des Versicherungsfalls in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten besteht nur dafür ein Leistungsanspruch.

Wenn beide Versicherungsfälle eintreten, muss die vereinbarte →Karenzzeit nur einmal abgewartet werden.

1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für die Tarife Krankentagegeld Inbound Langfristig (Gruppenversicherung),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

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

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange

- sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt vorübergehend in Deutschland hat,
- sie unselbstständig erwerbstätig ist und
- für sie bei uns eine unbefristete Krankheitskosten-Versicherung nach Tarifserie InboundMed besteht.

Mit Wegfall einer dieser Eigenschaften endet der Tarif für die betroffene versicherte Person.

Eine unselbstständige Erwerbstätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in einem festen Arbeitsverhältnis steht, aus dem sie ein Entgelt bezieht.

1.4 Welche Bedeutung hat die Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis?

Die →versicherte Person muss zu dem versicherbaren Personenkreis nach dem →Gruppenversicherungsvertrag gehören. Bei Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif gemäß Teil C Ziffer 4.4 Absatz 7.

1.5 Wann beginnt die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag (Versicherungsbeginn)?

Die Teilnahme am →Gruppenversicherungsvertrag beginnt für die Tarife Krankentagegeld Inbound Langfristig (Gruppenversicherung) zu dem für diesen Tarif vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsbeginn kann nicht vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags liegen.

1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

(1) Versicherungsschutz in Deutschland

Versicherungsschutz besteht in Deutschland.

(2) Versicherungsschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt

Wenn die →versicherte Person sich vorübergehend im Ausland aufhält, zahlen wir das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang

- für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus,
- für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem privaten Krankenhaus.

Wir erbringen in diesen Fällen die Tarifleistungen auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt oder die versicherte Person zum Zweck ihrer Behandlung ins Ausland reist.

2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Was ist Voraussetzung für die Zahlung von Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit?**
- 2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?**
- 2.3 Welche Karenzzeit ist vereinbart?**
- 2.4 Welche Leistung beinhaltet dieser Tarif?**
- 2.5 Welche Besonderheiten gelten bei einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Leistung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit)?**

2.1 Was ist Voraussetzung für die Zahlung von Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit?

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

2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen?

Die →versicherte Person kann unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

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

(2) Auswahl von Krankenhäusern

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

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

2.3 Welche Karenzzeit ist vereinbart?

Je nach versichertem Tarif ist folgende →Karenzzeit vereinbart:

- Tarif KTIL07W - 6 Wochen
- Tarif KTIL14W - 13 Wochen
- Tarif KTIL27W - 26 Wochen

Die gewählte Karenzzeit darf nicht kürzer als die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sein.

2.4 Welche Leistung beinhaltet dieser Tarif?

Wir zahlen im Versicherungsfall

- für jeden Tag einer Arbeitsunfähigkeit oder eines Verdienstaustauschs in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten
- nach Ablauf der vereinbarten →Karenzzeit (Ziffer 2.3)
- das versicherte Krankentagegeld ohne Leistungshöchstdauer (auch für Sonn- und Feiertage).

Unsere Leistung beginnt nach Wegfall des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, jedoch nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit.

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

2.5 Welche Besonderheiten gelten bei einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Leistung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit)?

(1) Versicherte Leistung

Wir zahlen das versicherte Krankentagegeld bis zur Höhe des tatsächlichen Netto-Einkommens, wenn für die →versicherte Person im unmittelbaren Anschluss an eine Arbeitsunfähigkeit eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erfolgt und sie damit teilweise ihre berufliche Tätigkeit ausübt (teilweise Arbeitsunfähigkeit).

(2) Anrechnung anderweitiger Zahlungen

Wir rechnen

- Zahlungen, die der Arbeitgeber zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbringt,
- ein Übergangsgeld, das von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger oder dem berufsständischen Versorgungswerk gezahlt wird, und
- ein Übergangsgeld, das von einer Berufsgenossenschaft gezahlt wird,

auf unsere Zahlung des versicherten Krankentagegelds an. Diese Anrechnung erfolgt aber nur, soweit durch die Zahlung des Arbeitgebers, des gesetzlichen Rehabilitationsträgers oder der Berufsgenossenschaft sowie durch sonstige Krankentagegelder das Netto-Einkommen überstiegen wird, das die →versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet aus beruflicher Tätigkeit bezieht.

(3) Leistungshöchstdauer

Wir zahlen das Krankentagegeld nach den Absätzen 1 und 2 für eine Dauer von höchstens 3 Monaten, jedoch nicht länger als bis zum Ende der teilweisen Arbeitsunfähigkeit.

3. Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen sowie das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?**
- 3.2 Welche Nachweise zur vollständigen und teilweisen Arbeitsunfähigkeit sind erforderlich?**
- 3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?**
- 3.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?**
- 3.5 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?**

3.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 3.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

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

3.2 Welche Nachweise zur vollständigen und teilweisen Arbeitsunfähigkeit sind erforderlich?

(1) Vollständige Arbeitsunfähigkeit

Sie müssen uns den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens am Tag des tariflich vereinbarten Leistungsbeginns nachweisen.

Die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns alle 2 Wochen erneut nachweisen.

Wenn Sie diese Termine nicht einhalten, richten sich die Rechtsfolgen nach Teil B Ziffer 2.3.

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

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

(2) Teilweise Arbeitsunfähigkeit

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

- Der vom behandelnden Arzt ausgefüllte Wiedereingliederungsplan, mit dem sich die →versicherte Person und ihr Arbeitgeber einverstanden erklärt haben.
- Die Leistungsbewilligung des gesetzlichen Rehabilitationsträgers oder des berufsständischen Versorgungswerks (sowohl Erst- als auch Folgebescheide).
- Die Leistungsbewilligung der Berufsgenossenschaft (sowohl Erst- als auch Folgebescheide).
- Die Nachweise über die Höhe der Zahlungen des Arbeitgebers.

3.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

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

3.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

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

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

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)

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

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

(2) Berechtigte Personen

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

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlagen offen:

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

(3) Unsere Kostentragung

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

4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen?**
- 4.2 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht nur für die Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots ausgeschlossen?**
- 4.3 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?**

4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit

a) wegen Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen. Ein solcher Grund liegt etwa vor, wenn sie das Gebiet nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen kann.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

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

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

d) während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

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

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit während eines Zeitraums, für den nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) ein Beschäftigungsverbot besteht.

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

4.3 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?

(1) Abwesenheit vom gewöhnlichen Aufenthaltsort

a) Verlassen des gewöhnlichen Aufenthaltsorts während Arbeitsunfähigkeit

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die →versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort aufhält.

Wir leisten dennoch in folgenden Fällen:

aa) Krankenhausbehandlung

Die arbeitsunfähige →versicherte Person befindet sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung und die Leistungsvoraussetzungen nach Ziffer 2.2 Absatz 2 sind erfüllt.

bb) Nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage

Wir leisten, soweit wir die Zahlung des versicherten Krankentagegelds vor dem Ortswechsel →schriftlich zugesagt haben. Wir erteilen die vorherige Zusage, wenn

- die →versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat,
- der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und
- uns die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist.

b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich die versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet

aa) Rückkehr nach medizinischem Befund ausgeschlossen

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

bb) Nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage

Wenn die →versicherte Person außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts arbeitsunfähig wird und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit an einen anderen Ort wechselt, an dem sie sich ebenfalls nicht gewöhnlich aufhält, leisten wir, soweit wir die Zahlung des versicherten Krankentagegelds vor dem Ortswechsel →schriftlich zugesagt haben.

Wir erteilen die vorherige Zusage, wenn

- die versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat,
- der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und
- uns die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist.

(2) Rehabilitationsmaßnahmen

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger oder des berufsständischen Versorgungswerks.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person aus medizinischen Gründen während einer Arbeitsunfähigkeit, die mindestens ununterbrochene 14 Tage dauert, eine Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers oder des berufsständischen Versorgungswerks beginnt.

Wir rechnen Zahlungen, die der Rehabilitationsträger oder das berufsständische Versorgungswerk zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbringt (Ausgleichszahlung), auf die Zahlung des versicherten Krankentagegelds an. Diese Anrechnung erfolgt aber nur, soweit durch die Ausgleichszahlung sowie sonstige Krankentagegelder das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne überstiegen wird, das die versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet bezieht.

(3) Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren

a) Zusageerfordernis

Wir leisten grundsätzlich nicht für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entwöhnungskuren. Wir leisten dennoch für eine Entwöhnungsmaßnahme, soweit wir unsere Leistungen vor Behandlungsbeginn →schriftlich zugesagt haben.

Wir erteilen unsere Zusage, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und wir nach den übrigen vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind:

- Entwöhnungsmaßnahme
Es handelt sich um eine stationäre oder ambulante Behandlung, die darauf abzielt, die →versicherte Person aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen (Entwöhnungsmaßnahme). Die Entwöhnung erfolgt aber nicht ausschließlich wegen einer Nikotinsucht der versicherten Person.
- Hinreichende Erfolgsaussicht
Für die Entwöhnungsmaßnahme besteht - gegebenenfalls nach Begutachtung durch einen von uns beauftragten Arzt - eine hinreichende Erfolgsaussicht.
- Höchstens insgesamt 3 Entwöhnungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit
Wir haben für die versicherte Person während der gesamten bei uns zurückgelegten Versicherungszeit Leistungen für höchstens 2 Entwöhnungsmaßnahmen erbracht. Das bedeutet, dass wir Versicherungsschutz höchstens für insgesamt 3 Entwöhnungsmaßnahmen bieten. Das gilt unabhängig davon, ob die Entwöhnungsmaßnahmen ambulant oder stationär durchgeführt werden.

b) Umfang unserer Leistungspflicht

Es besteht keine Leistungspflicht für Entwöhnungsmaßnahmen, soweit diese zur Behandlung einer Nikotinsucht der →versicherten Person erbracht werden. Wenn die versicherte Person nikotinsüchtig und daneben von einem anderen Suchtmittel abhängig ist, leisten wir somit nur für die Entwöhnung von dem anderen Mittel.

aa) Leistungen für Entwöhnungsmaßnahmen

Soweit wir unsere Leistungen zuvor →schriftlich zugesagt haben, zahlen wir das versicherte Krankentagegeld nach Ziffer 2.4 im vertraglichen Umfang wie folgt:

- 100 Prozent des versicherten Krankentagegelds für die erste Entwöhnungsmaßnahme.
- 70 Prozent des versicherten Krankentagegelds für die zweite und dritte Entwöhnungsmaßnahme.

bb) Anrechnung von Ausgleichszahlungen anderer Leistungsträger

Wenn aber ein anderer Leistungsträger (zum Beispiel gesetzlicher Rehabilitationsträger oder berufsständisches Versorgungswerk) Zahlungen zum Ausgleich eines Einkommensausfalls der →versicherten Person erbringt (Ausgleichszahlung), rechnen wir diese Ausgleichszahlung auf unsere Krankentagegeld-Zahlung an.

Teil B - Ihre Pflichten

Hier finden Sie Regelungen zu den mit der Versicherung verbundenen Pflichten und Verhaltensregeln (Obliegenheiten) sowie die Folgen bei deren Verletzung.

1. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?**
- 1.2 Wie wird der Beitrag berechnet?**
- 1.3 Wie werden persönliche Faktoren bei Änderung der Beiträge berücksichtigt?**
- 1.4 Was muss der Versicherungsnehmer bei der Beitragszahlung beachten?**

1.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

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

1.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

Die Beiträge werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

1.3 Wie werden persönliche Faktoren bei Änderung der Beiträge berücksichtigt?

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem →Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

1.4 Was muss der Versicherungsnehmer bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Die Beiträge für die Versicherung müssen als laufende Monatsbeiträge gezahlt werden.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

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

b) Folgebeiträge

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

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn der →Versicherungsnehmer bei Fälligkeit unverzüglich alles tut, damit der Beitrag bei uns eingeht.

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

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

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und der Versicherungsnehmer dies nicht zu vertreten hat, ist die Zahlung

auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir ihn in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren

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

(5) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Gefahr und Kosten des →Versicherungsnehmers.

(6) Berechnung des Tagesbeitrags

Wenn uns der Beitrag nur anteilig zusteht, gilt als Tagesbeitrag jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

2. Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 In welchen Fällen ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn für die versicherte Person eine andere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?**
- 2.2 Welche weiteren Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?**
- 2.3 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
- 2.4 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?**

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

Unsere Einwilligung ist erforderlich für

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

2.2 Welche weiteren Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen neben den in Teil A Ziffer 3.2 Absatz 1 genannten →Obliegenheiten folgende weitere Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften

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

- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

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

(2) Ärztliche Untersuchung

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

(3) Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

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

(4) Pflicht zum Nachweis der wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit

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

2.3 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht

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

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

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

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

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

(2) Unser Kündigungsrecht

Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist.

2.4 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

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

3. Informationspflichten

Welche Informationspflicht besteht, wenn sich die Dauer der Entgeltfortzahlung der versicherten Person ändert?

Die vereinbarte →Karenzzeit darf nicht kürzer sein als die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Der →Versicherungsnehmer ist verpflichtet, uns unverzüglich zu informieren, wenn sich die Dauer der Entgeltfortzahlung der →versicherten Person ändert.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Hier befindet sich die Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie und der Versicherungsnehmer finden hier außerdem die Regelungen für die Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen sowie allgemeine Regelungen zur Durchführung des Versicherungsvertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der →Versicherungsnehmer den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 1.4 Absatz 2 a) zahlt.

(2) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Wir leisten jedoch nicht für Versicherungsfälle, die wegen Verzugs mit dem Erstbeitrag vom Versicherungsschutz ausgenommen sind.

(3) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird, gelten die Absätze 1 und 2 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

1.2 Gelten Wartezeiten?

Wartezeiten bestehen nicht.

2. Anpassung von Beitrag und Versicherungsbedingungen

2.1 Unter welchen Voraussetzungen können wir den Beitrag anpassen?

(1) Anpassung bei Änderung der Versicherungsleistungen

Wenn sich die Versicherungsleistungen verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

(2) Anpassung bei Änderung der Sterbewahrscheinlichkeiten

Wenn sich die Sterbewahrscheinlichkeiten verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

(3) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung

Wir werden den →Versicherungsnehmer in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) über

- die Anpassung des Beitrags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe informieren. Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(4) Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

Wenn wir nach den Absätzen 1 oder 2 den Beitrag erhöhen, kann der →Versicherungsnehmer unter den Voraussetzungen von Ziffer 4.1 Absätze 1 und 4 kündigen.

2.2 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders

Die Versicherungsbedingungen können nach § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mit Zustimmung eines unabhängigen →Treuhänders angepasst werden.

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen

Die Versicherungsbedingungen können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

(3) Wirksamwerden der Änderungen

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

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

(4) Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, kann der →Versicherungsnehmer unter den Voraussetzungen von Ziffer 4.1 Absätze 1 und 4 kündigen.

3. Höhe und Änderung des versicherten Krankentagegeldes

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Wie hoch darf das Krankentagegeld maximal sein (maximale Krankentagegeld-Leistung)?
- 3.2 Wie berechnet sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne?
- 3.3 Wie kann der Vertrag geändert werden, wenn sich die versicherte Person in der Elternzeit befindet?
- 3.4 Wann kann eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds beantragt werden?

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

(1) Grundsatz

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentagegeldern nicht höher sein als das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne, das die →versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet bezieht.

(2) Besonderheit bei Krankentagegeld in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten

Das Krankentagegeld für unsere Leistung in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld, Elterngeld und sonstigen anderweitigen angemessenen Ersatzleistungen nicht höher sein als das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne, das die →versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet bezieht.

(3) Besonderheiten bei Krankentagegeld in der Elternzeit

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentagegeldern nicht höher sein als das auf den Kalendertag umgerechnete Netto-Einkommen während der Elternzeit im vertraglichen Sinne.

3.2 Wie berechnet sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne?

(1) Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne

Als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne gilt das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Netto-Einkommen der →versicherten Person. Zusätzlich können Beiträge für ihre gesetzliche Rentenver-

sicherung oder ihr berufsständisches Versorgungswerk bei der Berechnung des Netto-Einkommens im vertraglichen Sinne bis zu der Höhe berücksichtigt werden, die der Arbeitgeber der versicherten Person dafür jeweils anteilig übernimmt. In diesem Fall gilt als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne das Netto-Einkommen der versicherten Person aus ihrer beruflichen Tätigkeit zuzüglich der berücksichtigten Beitragsanteile ihres Arbeitgebers nach Satz 2.

(2) Maßgeblicher Zeitraum für die Berechnung des Netto-Einkommens im vertraglichen Sinne

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

Dies gilt nicht, wenn für die →versicherte Person die Zahlung von Krankentagegeld geltend gemacht wird und wir nachweisen, dass die versicherte Person

- vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit infolge arbeitsvertraglicher Regelungen ein Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne bezogen hat,
- das geringer ist als der 12monatige Durchschnittsverdienst.

Das gilt auch, wenn die versicherte Person vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) unter den gleichen Bedingungen ein geringeres Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne bezogen hat.

Während der Elternzeit gilt als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne:

- Der durchschnittliche Monatsverdienst der →versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit ab Beginn der Elternzeit.

3.3 Wie kann der Vertrag geändert werden, wenn sich die versicherte Person in der Elternzeit befindet?

Wenn sich die →versicherte Person

- in Elternzeit befindet und
- weiterhin die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit erfüllt sind (siehe Teil A Ziffer 1.3), setzen wir das versicherte Krankentagegeld auf den sich aus den Ziffer 3.2 Absatz 1 und Ziffer 3.2 Absatz 2 ergebenden Betrag herab und reduzieren den Beitrag, soweit dies durch die Herabsetzung notwendig ist. Die Vertragsanpassung erfolgt zum Beginn der Elternzeit.

3.4 Wann kann eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds beantragt werden?

Wenn sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne der →versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit erhöht, kann der →Versicherungsnehmer

- bei uns eine prozentual entsprechende Erhöhung des versicherten Krankentagegelds
- innerhalb von 2 Monaten nach der Erhöhung des Netto-Einkommens im vertraglichen Sinne
- mit Wirkung zu dem Monatsersten beantragen.

Die 2-Monatsfrist nach Satz 1 ist nur eingehalten, wenn uns der Antrag spätestens 2 Monate zugegangen ist, nachdem sich das Netto-Einkommen der versicherten Person erhöht hat.

Der Versicherungsschutz erhöht sich mit Wirkung ab dem Monatsersten, der auf den Antrag folgt. Das gilt aber nicht für eine Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person, die bereits bestanden hat, bevor die Erhöhung beantragt wurde. Für diese zahlen wir das versicherte Krankentagegeld in unveränderter Höhe im vertraglichen Umfang, solange die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen auch nach der jeweiligen Erhöhung fortbesteht.

4. Ende des Versicherungsvertrags und des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

- | | |
|------------|--|
| 4.1 | Unter welchen Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer kündigen oder die Aufhebung verlangen? |
| 4.2 | Wie wird das Versicherungsjahr berechnet? |
| 4.3 | Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen? |
| 4.4 | In welchen Fällen endet der Versicherungsvertrag außerdem? |
| 4.5 | Wann endet der Versicherungsschutz? |

4.1 Unter welchen Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 4 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 5 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail).

Wenn der →Versicherungsnehmer den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigt, ist die Kündigung nur wirksam, wenn er nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer die Aufhebung nach Absatz 5 verlangt.

(2) Ordentliche Kündigung

Der →Versicherungsnehmer kann den Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung oder auf Heilfürsorge

Wenn die →versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird, kann der →Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht den Tarif oder eine dafür bestehende →Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

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

Wenn der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch macht, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Die Berechnung des Tagesbeitrags erfolgt gemäß Teil B Ziffer 1.4 Absatz 6.

Später kann der Versicherungsnehmer den für die versicherte Person abgeschlossenen Tarif oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er uns den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Beitrag steht uns in diesem Fall bis zur Beendigung dieses Tarifs 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) Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Wenn wir den Beitrag nach Ziffer 2.1 erhöhen, kann der →Versicherungsnehmer für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns die Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.2 Absatz 1 vermindern, kann der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns die Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(5) Anspruch auf Aufhebung

Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen erklären, kann der →Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bis uns abgeschlossenen Versicherungsverträge zum Ende des Monats verlangen, in dem dem Versicherungsnehmer unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

4.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

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

4.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.

4.4 In welchen Fällen endet der Versicherungsvertrag außerdem?

(1) Eintritt der Berufsunfähigkeit

Der für die →versicherte Person abgeschlossene Tarif endet 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.

(2) 67. Geburtstag

Der für die →versicherte Person abgeschlossene Tarif endet mit Ablauf des Tages, an dem sie 67 Jahre alt wird.

Wenn die →versicherte Person nach dem 67. Geburtstag die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach Teil A Ziffer 1.3 weiterhin erfüllt, kann der →Versicherungsnehmer für diese Person eine bis zu deren 75. Geburtstag befristete Fortführung nach Maßgabe des § 196 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verlangen.

(3) Bezug von Altersrente

Der für die →versicherte Person abgeschlossene Tarif endet mit dem Bezug von Altersrente.

(4) Todesfall

Der Tarif endet mit Ablauf des Tages, an dem die →versicherte Person stirbt.

(5) Bezug von gesetzlicher Erwerbsminderungsrente

Der für die →versicherte Person abgeschlossene Tarif endet mit Ablauf des Tages, an dem sie erstmals eine Rente wegen voller Erwerbsminderung nach § 43 Absatz 2 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) bezieht.

(6) Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags

Der Tarif endet mit Beendigung des →Gruppenversicherungsvertrags.

(7) Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis

Der für die →versicherte Person abgeschlossene Tarif endet mit dem Ausscheiden aus dem nach dem →Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis.

4.5 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach den Tarifen Krankentagegeld Inbound Langfristig (Gruppenversicherung) endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Tarif endet.

Wir erbringen für schwebende Versicherungsfälle die versicherten Leistungen für weitere 4 Wochen, wenn der Tarif endet, weil der →Gruppenversicherungsvertrag beendet worden ist.

Dies setzt voraus, dass keine Ansprüche aus einer Weiterversicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung bestehen.

5. Fortsetzung des Versicherungsvertrags

Wie kann die Versicherung als Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden?

(1) Anwartschaftsversicherung bei Kündigung

Wenn der →Versicherungsnehmer den Tarif für eine →versicherte Person kündigt, steht sowohl ihm als auch der betroffenen versicherten Person das Recht zu, den Tarif, soweit er von der Kündigung erfasst ist, nach Maßgabe des § 204 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Form einer →Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Antrag auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung gestellt werden.

(2) Anwartschaftsversicherung bei sonstiger Beendigung des Tarifs

Wenn der Tarif endet, weil die →versicherte Person

- eine Erwerbstätigkeit unterbricht,
 - berufsunfähig wird,
 - eine Berufsunfähigkeitsrente bezieht oder
 - eine gesetzliche Rente wegen voller Erwerbsminderung bezieht,
- kann der →Versicherungsnehmer den Tarif, soweit er von der Beendigung erfasst ist, für die →versicherte Person im Rahmen einer →Anwartschaftsversicherung nach den dafür geltenden Versicherungsbedingungen fortsetzen.

Der Versicherungsnehmer muss diese Umwandlung innerhalb von 2 Monaten bei uns beantragen, nachdem die Erwerbstätigkeit unterbrochen, die Berufsunfähigkeit eingetreten, die Berufsunfähigkeitsrente oder die gesetzliche Rente wegen voller Erwerbsminderung erstmals bezogen worden ist. Wenn die jeweilige Tatsache erst später bekannt geworden ist, läuft die 2-Monatsfrist ab dem Zeitpunkt, ab dem der Versicherungsnehmer Kenntnis von der Tatsache erlangt hat.

(3) Anwartschaftsversicherung bei teilweiser beruflicher Tätigkeit während der Elternzeit

Wenn die →versicherte Person während der Elternzeit weiterhin teilweise beruflich tätig ist und wir den Vertrag nach Ziffer 3.3 angepasst haben, kann der →Versicherungsnehmer die Umwandlung in eine →Anwartschaftsversicherung soweit verlangen, soweit das versicherte Krankentagegeld vor Beginn der Elternzeit höher war als nach der Vertragsanpassung. Der Versicherungsnehmer muss den Antrag auf Umwandlung innerhalb von 2 Monaten stellen, nachdem die Vertragsanpassung wirksam geworden ist.

6. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

Für den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

7. Beschwerdemöglichkeiten

Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

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

(2) Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z.B. über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

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

(4) Rechtsweg

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

8. Zuständiges Gericht

Wo können der Hauptversicherte oder wir Ansprüche gerichtlich geltend machen?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen

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

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

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

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen

Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Hauptversicherte eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH)

oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

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

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

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

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland

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

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

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

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

9. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

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

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

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

10. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Gegen unsere Forderungen kann nur aufgerechnet werden, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

11. Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(1) Unpfändbarkeit von Zahlungsansprüchen

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

(2) Pflicht, uns eine Abtretung anzuzeigen

Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

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

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

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

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Tarife Krankentagegeld Inbound Langfristig (Gruppenversicherung) verwenden.

Alterungsrückstellung.

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

Anwartschaftsversicherung.

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

Eintrittsalter.

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

Gruppenversicherungsvertrag.

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

Hauptversicherter.

Die Person, die nach dem Gruppenversicherungsvertrag mit unmittelbarem Anspruch auf die Versicherungsleistung versichert ist (zum Beispiel Mitarbeiter unseres Versicherungsnehmers). Deshalb wenden sich die Versicherungsbedingungen an den Hauptversicherten des Gruppenversicherungsvertrags. Daneben müssen die Versicherungsbedingungen auch vom Versicherungsnehmer beachtet werden.

Karenzzeit.

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

Obliegenheit.

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

schriftlich.

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

schwebender Versicherungsfall.

Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

technische Berechnungsgrundlagen.

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

Treuhänder.

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

versicherte Person.

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

Versicherungsfähigkeit.

Eine in Teil A geregelte, personengebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

Versicherungsnehmer.

Unser Partner des Gruppenversicherungsvertrags. Es handelt sich dabei um das Unternehmen oder die Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft), mit denen wir den Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen wenden sich zwar an den Hauptversicherten des Gruppenversicherungsvertrags, der Inhaber des Anspruchs auf die Versicherungsleistungen ist. Daneben müssen sie aber auch vom Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner beachtet werden.