Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung

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

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

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

Teil A - Leistungsbausteine

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

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

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Private Krankenversicherung

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

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

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

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

Teil C - Allgemeine Regelungen

Private Krankenversicherung

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

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

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

Erläuterung von Fachausdrücken

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

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

Beispiel: "→Schriftform"

Baustein Krankentagegeld-Versicherung

Im Baustein Krankentagegeld-Versicherung bieten wir Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall 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 Verdienstausfall während gesetzlicher Mutterschutz-Zeiten.

Unter Ziffer 1 finden Sie die Allgemeinen Regelungen zum Baustein Krankentagegeld-Versicherung. Diese gelten grundsätzlich unabhängig vom jeweils gewählten Tarif dieses Bausteins. Wenn eine Regelung nur für bestimmte Tarife dieses Bausteins gilt, haben wir dies im Text vermerkt. Welche zusätzlichen Regelungen speziell für den vereinbarten Tarif gelten, können Sie den Tarifbedingungen unter Ziffer 2 entnehmen. Sonderbedingungen für einen Tarif dieses Bausteins werden unter Ziffer 3 wiedergegeben, wenn diese mit Ihnen vereinbart worden sind.

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

1. Allgemeine Regelungen zum Baustein

1.1 Regelungen zum Versicherungsfall und zum Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
1.1.3 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
1.1.4 Unter welchen Voraussetzungen rechnen wir zu Versicherungsbeginn eine Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten an?
1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?
1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?
1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

1.1.1 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 Verdienstausfall 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 Verdienstausfall 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 weitere Versicherungsbedingungen
Wenn wir in den Versicherungsbedingungen (Regelungen für diesen Baustein - Teil A Ziffern 1 und 2) 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.

1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

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

(2) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen
Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse ergeben sich aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

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

Wenn die →versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer 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.

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

(1) Allgemeine Wartezeit
Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(2) Besondere Wartezeiten
Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten für
- Psychotherapie,
- Zahnbehandlung,
- Zahnersatz,
- Kieferorthopädie und
- Leistungen während der Mutterschutz-Zeiten nach Ziffer 1.1.1 Absatz 2.

(3) Beginn der Wartezeiten
Die Wartezeiten beginnen mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

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

(5) Wartezeiten bei Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Wartezeitenregelungen auch für die Erweiterung.

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

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

(1) Versicherungszeit aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder Heilfürsorge
Wir rechnen bei Personen, die
- aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder
- aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge

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

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

(2) Versicherungszeit aus einer privaten Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer
Wir rechnen bei Personen, die aus
- einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung bei einem anderen Versicherer und
- einer dort gleichzeitig unterhaltenen Krankentagegeld-Versicherung

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

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

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

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

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

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

1.1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

(1) Versicherungsschutz in Deutschland
Versicherungsschutz besteht in Deutschland.

(2) Versicherungsschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt

a) Europäisches Ausland
Wenn die →versicherte Person sich vorübergehend im europäischen Ausland aufhält und dort akut erkrankt oder verunfallt, zahlen wir das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.

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

(3) Regelung in den Tarifbedingungen
Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können über Absatz 2 hinausgehende Leistungen vorsehen.

1.1.7 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?

(1) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums
Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt
- in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegt,

zahlen wir das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle, solange
- eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und
- diese in einem öffentlichen Krankenhaus durchgeführt wird.

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können darüber hinausgehende Leistungen vorsehen.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts oder des Geschäftssitzes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

a) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts
Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins. Etwas anderes gilt nur, soweit Sie für die versicherte Person einen Krankentagegeld-Tarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben und in den dazugehörenden Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) Versicherungsschutz auch außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums besteht.

Wenn die Krankentagegeld-Tarife nach Satz 1 enden, können sie durch gesonderte Vereinbarung fortgesetzt werden. In diesem Fall sind wir berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen.

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

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

1.1.8 Wann endet der Versicherungsschutz?

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

Wenn wir den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins nach Ziffer 1.9.3 Absatz 1 kündigen, endet für schwebende Versicherungsfälle der Versicherungsschutz nach den von der Kündigung erfassten Tarifen erst am dreißigsten Tag nach Beendigung dieser Tarife.

Wenn ein Tarif dieses Bausteins endet, weil die versicherte Person nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) nicht mehr versicherungsfähig ist oder sie berufsunfähig wird, richtet sich unsere Leistungspflicht nach Ziffer 1.9.4 Absätze 1 oder 2.

1.2 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen sowie das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:
1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
1.2.2 Welcher Nachweis über Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist erforderlich?
1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
1.2.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?
1.2.5 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

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

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen
Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

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

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

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

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

1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

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

1.2.4 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

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

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

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)
Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die 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 Unterlage offen:
- der →versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

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

1.3 Besondere Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:
1.3.1 Was gilt bei einem Berufswechsel?

1.3.2 In welchen Fällen ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn für die versicherte Person eine andere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?
1.3.3 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?
1.3.4 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?
1.3.5 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

1.3.1 Was gilt bei einem Berufswechsel?

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

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

(1) Mehrere Krankentagegeld-Versicherungen
Unsere Einwilligung ist erforderlich für
- den Neuabschluss einer weiteren Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld oder
- die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld.

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

1.3.3 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Pflicht zur Anzeige einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit
Sie müssen uns über eine Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens aber am Tag des tariflich vereinbarten Leistungsbeginns, eine Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes vorlegen.

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

(2) Pflicht zum Nachweis der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit
Sie müssen uns eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit wie folgt nachweisen:
- durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes,
- auf unserem hierzu vorgesehenen Formular und
- alle 2 Wochen erneut.

(3) Erteilung von Auskünften
Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,
- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig sind und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

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

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

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

(6) Pflicht zum Nachweis der wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit
Wenn die →versicherte Person wieder arbeitsfähig ist, müssen Sie uns darüber innerhalb von 3 Tagen informieren.

1.3.4 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?

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

1.3.5 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

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

1.4 Besondere Informationspflichten für diesen Baustein

Inhalt dieses Abschnitts:
1.4.1 Welche Informationspflichten müssen Sie beachten, wenn die versicherte Person nicht mehr versicherungsfähig ist oder berufsunfähig geworden ist?
1.4.2 Welche weiteren Informationspflichten müssen beachtet werden?

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

Sie müssen uns unverzüglich informieren, sobald die →versicherte Person
- eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) bestimmte Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt,
- berufsunfähig wird (siehe Ziffer 1.9.4 Absatz 2) oder
- erstmals eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bezieht (siehe Ziffer 1.9.4 Absatz 6).

Wenn wir erst später davon Kenntnis erlangen,
- müssen Sie an uns die für die Zeit nach Beendigung des Krankentagegeld-Tarifs empfangenen Leistungen zurückzahlen und
- müssen wir Ihnen die für die Zeit nach Beendigung des Krankentagegeld-Tarifs gezahlten Beitragsanteile zurückzahlen.

1.4.2 Welche weiteren Informationspflichten müssen beachtet werden?

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

1.5 Übertragung vertraglicher Ansprüche

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(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.

1.6 Beitrag und Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?
1.6.3 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?
1.6.4 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?
1.6.5 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

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

1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

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

(2) Berücksichtigung persönlicher Faktoren bei Änderung der Beiträge

a) Krankentagegeld-Tarife der Produktgruppe UNI
Wenn Sie bei uns einen Krankentagegeld-Tarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes:

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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

b) Sonstige Krankentagegeld-Tarife
Wenn Sie bei uns einen Krankentagegeld-Tarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes:

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge bei Änderung der Beiträge
Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

1.6.3 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

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

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

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

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

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

1.6.4 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?

(1) Verwendung der angesammelten Beträge
Die in der →Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugunsten der Versicherten angesammelten Beträge können - neben den gesetzlichen Vorschriften - insbesondere wie folgt verwendet werden:
- als Barausschüttung (in Form einer Auszahlung oder Gutschrift),
- zur Leistungserhöhung,
- zur Beitragssenkung,
- als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen oder
- in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstands (Verlustabdeckung).

(2) Entscheidung über die Verwendung
Über Art, Umfang und Zeitpunkt der Verwendung sowie über die Festlegung der berechtigten Tarife und der teilnahmeberechtigten Personen entscheidet unser Vorstand.

(3) Zustimmung des Treuhänders
Nach den gesetzlichen Vorschriften muss ein unabhängiger →Treuhänder der Verwendung der Mittel aus der →Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zustimmen.

1.6.5 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

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

1.7 Unsere Rechte zur Anpassung von Beitrag, Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen

1.7.1 Unser Recht zur Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag

Inhalt dieses Abschnitts:

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?
1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?

Wenn Sie bei uns einen Krankentagegeld-Tarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes für die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(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.

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

(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.

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

(3) Wirksamwerden einer Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) über
- die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe

informieren. Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 oder Absatz 2 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, haben Sie unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.2 Absätze 1 und 4 ein Kündigungsrecht.

1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

Wenn Sie bei uns einen Krankentagegeld-Tarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes für die Anpassung des Beitrags und eines vereinbarten Risikozuschlags:

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

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

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

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

(3) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.2 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.7.2 Unser Recht zur Anpassung der Versicherungsbedingungen

Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mit Zustimmung eines unabhängigen →Treuhänders angepasst werden.

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

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

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

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, können Sie den betroffenen Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.2 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.8 Ihr Recht zum Tarifwechsel

Welchen Anspruch auf Tarifwechsel haben Sie?

Sie sind berechtigt, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 204 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu verlangen.

Dieses Recht besteht auch, wenn für den bisherigen Tarif eine Befristung nach § 196 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vereinbart ist. Ansonsten gelten die Voraussetzungen nach § 204 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) unverändert.

1.9 Beendigung des Bausteins

Inhalt dieses Abschnitts:

1.9.1 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
1.9.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?
1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen oder die Aufhebung verlangen?
1.9.4 In welchen Fällen endet der Baustein oder enden einzelne Tarife dieses Bausteins außerdem?

1.9.1 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.

1.9.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie 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, E-Mail).

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder die Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 5 verlangen.

(2) Ordentliche Kündigung
Sie können den Baustein zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

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

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

Wenn Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch machen, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Die Berechnung des Tagesbeitrags erfolgt gemäß Ziffer 1.6.3 Absatz 3.

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

Der Versicherungspflicht steht gleich:
- der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder
- der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 1.7.2 Absatz 1 vermindern oder nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) von unserem Recht auf Herabsetzung des Krankentagegelds Gebrauch machen, können Sie für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre 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 oder Tarife dieses Bausteins erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht
Wir können Tarife dieses Bausteins, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, innerhalb der ersten 3 Versicherungsjahre des jeweiligen Tarifs kündigen. Wir können in diesem Fall nur mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs kündigen.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.

(2) Verzicht auf unser ordentliches Kündigungsrecht

a) Begünstigter Personenkreis
Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht bei Personen, die
- aus der gesetzlichen Krankenversicherung,
- aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge oder
- bei einem anderen Versicherer aus einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung sowie einer dort gleichzeitig bestehenden Krankentagegeld-Versicherung

ausgeschieden sind (Vorversicherung).

b) Voraussetzungen und die Begrenzung unseres Kündigungsverzichts
Unser Kündigungsverzicht setzt voraus, dass
- der für diese Person abgeschlossene Tarif dieses Bausteins spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung
- gleichzeitig mit der für diese Person bei uns abgeschlossenen →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung beantragt worden ist und
- der beantragte Versicherungsschutz für diese Person im unmittelbaren Anschluss an die Vorversicherung beginnen soll.

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

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

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

(4) Anspruch auf Aufhebung
Wenn Sie die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins erklären, können wir innerhalb von 2 Wochen, nachdem uns die Kündigung zugegangen ist, die Aufhebung der übrigen Tarife dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem Ihre Kündigung wirksam wird.

Das gilt nicht, wenn Sie nach Ziffer 1.9.2 Absatz 3 wegen Eintritts der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, wegen Anspruchs auf Familienversicherung oder Heilfürsorge kündigen.

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

Die Beendigungsgründe in den Absätzen 1 bis 5 gelten für jeden Tarif dieses Bausteins unabhängig davon, ob dieser der →Produktgruppe UNI angehört. Wenn Sie bei uns einen Krankentagegeld-Tarif der Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif zusätzlich der Beendigungsgrund in Absatz 6.

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

Wenn die betroffene versicherte Person jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall arbeitsunfähig ist, endet der einzelne Tarif dieses Bausteins
- frühestens, wenn wir wegen dieser Arbeitsunfähigkeit keine Leistungen mehr erbringen müssen,
- jedoch spätestens 3 Monate, nachdem die versicherte Person die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt.

(2) Eintritt der Berufsunfähigkeit
Die für die →versicherte Person abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins enden mit Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist.

Wenn die betroffene versicherte Person jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall arbeitsunfähig ist, enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins
- frühestens, wenn wir wegen dieser Arbeitsunfähigkeit keine Leistungen mehr erbringen müssen,
- jedoch spätestens 3 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

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

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

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

(6) Bezug von gesetzlicher Erwerbsminderungsrente
Wenn Sie bei uns einen Krankentagegeld-Tarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen auch folgender Beendigungsgrund:

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

1.10 Fortsetzung des Bausteins

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

(1) Ihre Kündigung

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

b) Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung
Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für eine →versicherte Person kündigen, steht sowohl Ihnen als auch der betroffenen versicherten Person das Recht zu, die Krankentagegeld-Tarife, soweit sie von der Kündigung erfasst sind, 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 Bausteins
Wenn Tarife dieses Bausteins enden, weil die →versicherte Person
- eine Erwerbstätigkeit unterbricht,
- berufsunfähig wird,
- eine Berufsunfähigkeitsrente bezieht oder
- eine gesetzliche Rente wegen voller Erwerbsminderung bezieht,

können Sie die Tarife, soweit sie von der Beendigung erfasst sind, im Rahmen einer →Anwartschaftsversicherung nach den dafür geltenden Versicherungsbedingungen fortsetzen.

Sie müssen 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 Sie Kenntnis von der Tatsache erlangt haben.

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

Wir können diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

(4) Nach dem 67. Geburtstag
Wenn die →versicherte Person nach dem 67. Geburtstag die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbe-

dingungen (Teil A Ziffer 2) weiterhin erfüllt, können Sie für diese Person eine bis zu deren 75. Geburtstag befristete Fortführung nach Maßgabe des § 196 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verlangen.

Die befristete Fortführung kann auch über das Alter von 75 Jahren hinausgehen, sofern dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) vereinbart worden ist.

(5) Nach dem Bezug von Altersrente
Wenn Sie bei uns einen Krankentagegeld-Tarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, kann in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ein Recht auf Fortsetzung geregelt sein, wenn der Tarif dieses Bausteins endet, weil die →versicherte Person eine Altersrente bezieht.

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

1.11 Recht auf Neuabschluss

Welches Recht auf Neuabschluss besteht, nachdem eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zustande gekommen ist oder geendet hat?

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für eine →versicherte Person gekündigt haben und diese in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein soll, besteht uns gegenüber folgendes Recht auf Neuabschluss:

Wenn die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zustande kommt oder sie vor Ablauf der gesetzlich erforderlichen Vorversicherungszeit endet, steht sowohl Ihnen als auch der betroffenen versicherten Person das Recht zu,
- die Krankentagegeld-Tarife, soweit sie von der Kündigung uns gegenüber erfasst sind,
- unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 5 Absatz 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

bei uns neu abzuschließen.

Das bedeutet unter anderem, dass wir den Antrag auf Neuabschluss der Krankentagegeld-Tarife
- ohne erneute Gesundheitsprüfung und
- unter Anrechnung der bis zur Kündigung erworbenen →Alterungsrückstellung
- zu den gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben,

annehmen werden.

2. Tarifbedingungen

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

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

Tarif Krankentagegeld Angestellte ab 7. Woche (KTA07W) - Einzelversicherung

Dieser Tarif gehört zur Tarif-Serie Krankentagegeld Angestellte. Er hat die Kurzbezeichnung KTA07W.

Der Tarif KTA07W gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

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

(1) Erforderliche Eigenschaften während der Versicherung nach diesem Tarif

a) Erforderliche Eigenschaften
Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange
- sie unselbstständig erwerbstätig ist und
- für sie bei uns eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz besteht.

Profisportler sind nicht versicherungsfähig.

b) Begriffserläuterung zur unselbstständigen Erwerbstätigkeit
Eine unselbstständige Erwerbstätigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person in einem festen Arbeitsverhältnis steht, aus dem sie ein Entgelt bezieht.

Zur unselbstständigen Erwerbstätigkeit zählt auch, wenn die versicherte Person
- nach Beendigung eines Arbeitsverhältnisses nach Satz 1 zwar arbeitslos ist,
- sich aber sogleich und ernsthaft um die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Satz 1 bemüht und
- sich diese Bemühungen nicht als aussichtslos darstellen (vorübergehende Arbeitslosigkeit).

Die Anforderungen nach Satz 2 gelten auch als erfüllt, solange die versicherte Person während der vorübergehenden Arbeitslosigkeit krank und ausschließlich durch ihre Krankheit daran gehindert ist, eine berufliche Tätigkeit nach Satz 1 aufzunehmen.

Wenn die versicherte Person arbeitslos ist und die Voraussetzungen nach Satz 2 erfüllt sind, gelten die Besonderen Regelungen nach Ziffer 2.9.

c) Begriffserläuterung Profisportler
Ein Profisport liegt vor, wenn die →versicherte Person für ihre sportliche Betätigung Einkünfte erhält, von denen sie vollständig oder zum überwiegenden Teil ihren Lebensunterhalt bestreiten kann. Zu den Einkünften zählen vor allem Gehälter, Prämien, Preisgelder, Werbeeinnahmen und Zuwendungen in Geld oder durch geldwerte Mittel durch andere Personen oder Einrichtungen (zum Beispiel Mäzenatentum, Sponsoring oder Leistungen der Sporthilfe).

(2) Beendigung des Tarifs bei Wegfall einer erforderlichen Eigenschaft
Bei Wegfall einer nach Absatz 1 erforderlichen Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person gemäß Ziffer 1.9.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit wechselt, gilt Ziffer 1.10 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(3) Fortsetzung in einem anderen Tarif dieses Bausteins
Die →versicherte Person ist berechtigt, die Fortsetzung in einem anderen Tarif dieses Bausteins zu verlangen, wenn
- der Tarif nur endet, weil die →substitutive Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz der versicherten Person endet,
- die versicherte Person nach dem anderen Tarif dieses Bausteins versicherungsfähig ist und
- die maximale Krankentagegeld-Leistung nicht überschritten wird.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1 Was ist Voraussetzung für die Zahlung von Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit?
2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
2.2.4 Welche Leistung beinhaltet dieser Tarif?
2.2.5 Welche Besonderheiten gelten bei einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Leistung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit)?
2.2.6 Wann entfallen die Wartezeiten?

2.2.1 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.

2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person 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.

2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Zusageerfordernis
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.2 Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Ausnahmen vom Zusageerfordernis
Vom Zusageerfordernis nach Absatz 1 gelten folgende Ausnahmen:

a) Notfallbehandlung oder stationäre Operation
Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) - auch bei Notfalleinweisung - medizinisch notwendig ist.

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

b) Akute Behandlung während des Aufenthalts
Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz 1 eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

c) Einziges geeignetes Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz
Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz 1 das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

d) Versicherte Person ist auch vor oder nach dem Aufenthalt arbeitsunfähig
Wenn die →versicherte Person während des Aufenthalts im Krankenhaus nach Absatz 1 arbeitsunfähig ist, berufen wir uns in folgenden Fällen ebenfalls nicht auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Zusage:
- Der Versicherungsfall ist vor Beginn des Krankenhausaufenthalts eingetreten und die Arbeitsunfähigkeit hat mindestens ununterbrochene 14 Tage vor dem Beginn des Krankenhausaufenthalts bestanden.
- Die Arbeitsunfähigkeit besteht ununterbrochen über das Ende des Krankenhausaufenthalts hinaus.

In diesen Fällen zahlen wir das versicherte Krankentagegeld für die Zeit des Krankenhausaufenthalts im vertraglichen Umfang, solange die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

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

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

2.2.4 Welche Leistung beinhaltet dieser Tarif?

Wir zahlen im Versicherungsfall
- für jeden Tag einer Arbeitsunfähigkeit oder eines Verdienstausfalls in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten
- nach Ablauf der vereinbarten →Karenzzeit (6 Wochen)
- das versicherte Krankentagegeld ohne Leistungshöchstdauer (auch für Sonn- und Feiertage).

Dabei zahlen wir nach diesem Tarif das versicherte Krankentagegeld ab der 7. Woche
- der Arbeitsunfähigkeit oder
- nach Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG).

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

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

(1) Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

a) 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).

b) 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 Krankentage- und →Krankengelder das Netto-Einkommen überstiegen wird, das die →versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet aus beruflicher Tätigkeit bezieht.

c) Leistungshöchstdauer
Wir zahlen das Krankentagegeld nach den Absätzen a) und b) für eine Dauer von höchstens 3 Monaten, jedoch nicht länger als bis zum Ende der teilweisen Arbeitsunfähigkeit.

(2) Besondere Nachweise
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.

2.2.6 Wann entfallen die Wartezeiten?

(1) Unfall der versicherten Person
Die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall (siehe Ziffer 1.1.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Au-

ßerdem entfallen für diesen Tarif bei einem Unfall auch die besonderen Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(2) Gleichzeitiger Abschluss einer substitutiven Krankheitskosten-Versicherung
Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen außerdem, wenn für die →versicherte Person gleichzeitig mit dem Abschluss dieses Tarifs eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung bei uns abgeschlossen wird. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.3 Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte

Inhalt dieses Abschnitts:
2.3.1 **Welcher Versicherungsschutz ist bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Europa vereinbart?**
2.3.2 **Welche Leistungszusage gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder in die Schweiz verlegt?**
2.3.3 **Welche sonstigen Regelungen sind zu beachten, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält?**

2.3.1 Welcher Versicherungsschutz ist bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Europa vereinbart?

Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt Folgendes:

(1) Vorübergehender Aufenthalt im europäischen Ausland
Wenn die →versicherte Person sich vorübergehend im europäischen Ausland aufhält, zahlen wir das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang
- sowohl für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus,
- als auch 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) Ausschluss weiterer Leistungen
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland zahlen wir das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang nur, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind. Darüber hinaus zahlen wir kein Krankentagegeld. Das gilt unter anderem, wenn sich die →versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts in ambulanter Heilbehandlung befindet.

2.3.2 Welche Leistungszusage gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder in die Schweiz verlegt?

Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt
- in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegt,

gilt die Leistungsbegrenzung nach Ziffer 1.1.7 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht und wir zahlen das versicherte Krankentagegeld im selben vertraglichen Umfang, wie wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hätte. Dieselbe Leistungszusage gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

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.

Die Leistungszusage gilt, wenn sich die versicherte Person im Land ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts oder vorübergehend in Deutschland aufhält. Wenn sie sich dagegen vorübergehend in einem anderen europäischen Staat aufhält, gilt Ziffer 2.3.1.

2.3.3 Welche sonstigen Regelungen sind zu beachten, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält?

Die sonstigen Regelungen in den Tarifbedingungen, den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Teil A Ziffer 1) sowie den Baustein übergreifenden Regelungen in den Teilen B und C gelten unverändert.

Das betrifft auch die weiteren Bestimmungen über einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland (siehe Ziffer 1.1.6 Absatz 2 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein) und zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts oder des Geschäftssitzes nach Ziffer 1.1.7 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.4 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:
2.4.1 **In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen?**
2.4.2 **In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht nur für die Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots ausgeschlossen?**
2.4.3 **In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?**

2.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für 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 objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

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

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

d) während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

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

Wir leisten nicht für 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.

2.4.3 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 2.2.2 Absatz 2 oder Ziffer 2.2.3 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 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 Krankentage- und →Krankengelder 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 nicht für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Wir leisten dennoch für eine Entziehungsmaßnahme, soweit wir unsere Leistungen vor Behandlungsbeginn →schriftlich zugesagt haben.

Für die Erteilung unserer Zusage müssen mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Keine Nikotinsucht
  Die →versicherte Person ist süchtig - mit Ausnahme von Nikotinsucht.

- Höchstens insgesamt 3 Entziehungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit
  Wir haben für die versicherte Person während der gesamten bei uns zurückgelegten Versicherungszeit Aufwendungsersatz für höchstens 2 Entziehungsmaßnahmen erbracht. Das bedeutet, dass wir Versicherungsschutz höchstens für insgesamt 3 Entziehungsmaßnahmen bieten. Das gilt unabhängig davon, ob die Entziehungsmaßnahmen ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Außerdem können wir unsere Zusage von der Begutachtung über die Erfolgsaussicht der Entziehungsmaßnahme durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Der Umfang unserer vorherigen Leistungszusage hängt darüber hinaus davon ab, ob es sich um die erste Entziehungsmaßnahme oder um die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme handelt (siehe Absatz b)).

b) Umfang unserer Leistungspflicht
Soweit wir unsere Leistungen zuvor →schriftlich zugesagt haben, zahlen wir das versicherte Krankentagegeld nach Ziffer 2.2.4 im vertraglichen Umfang wie folgt:
- 100 Prozent des versicherten Krankentagegelds für die erste Entziehungsmaßnahme.
- 70 Prozent des versicherten Krankentagegelds für die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme.

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.

2.5 Regelungen zur Erhöhung des versicherten Krankentagegelds

Inhalt dieses Abschnitts:
2.5.1 Wann bieten wir Ihnen eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an?
2.5.2 Wann können Sie nach einer Einkommenserhöhung eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten beantragen?
2.5.3 Was gilt außerdem, wenn sich das Netto-Einkommen der versicherten Person erhöht?

2.5.1 Wann bieten wir Ihnen eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an?

(1) Unser Angebot zur Erhöhung des Krankentagegelds
Solange die →versicherte Person noch nicht 65 Jahre alt ist, bieten wir Ihnen jeweils entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung eine Erhöhung des für die versicherte Person versicherten Krankentagegelds an, wenn

- sie in den vorangegangenen 36 Monaten ununterbrochen mit Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif versichert ist,
- das versicherte Krankentagegeld für sie in dieser Zeit nicht geändert worden ist und
- für die versicherte Person ein Krankentagegeld nach diesem Tarif in Höhe von mindestens 25 Euro versichert ist.

(2) Inhalt unseres Angebots
Wir unterbreiten Ihnen in jedem Kalenderjahr, in dem für die →versicherte Person eine Anspruchsberechtigung nach Absatz 1 besteht, in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) ein Angebot mit folgenden Angaben:
- das durch die Erhöhung versicherbare Krankentagegeld,
- der nach der Erhöhung maßgebliche Beitrag,
- die Frist, innerhalb derer Sie das Angebot annehmen müssen, damit die Erhöhung wirksam wird, und
- der Zeitpunkt, ab dem der erweiterte Versicherungsschutz gelten soll.

(3) Ihre Annahme unseres Erhöhungsangebots
Unser Angebot auf Erhöhung des versicherten Krankentagegelds ist jeweils befristet. Wenn Sie es nicht rechtzeitig →schriftlich annehmen, ist es deshalb unwirksam. Ihre Annahme ist nur rechtzeitig, wenn sie uns bis zum Ablauf der von uns im Angebot genannten Frist zugegangen ist.

Durch die Erhöhung des versicherten Krankentagegelds darf das für die →versicherte Person maßgebliche Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne nicht überstiegen werden. Andernfalls sind wir nach den vertraglichen Regelungen zur Vertragsanpassung berechtigt. Deshalb empfehlen wir, dass Sie vor Annahme des Angebots den Absicherungsbedarf für die versicherte Person prüfen.

Der Absicherungsbedarf kann nach den vertraglichen Regelungen unterschiedlich sein und ist vor allem davon abhängig, ob die versicherte Person berufstätig oder vorübergehend arbeitslos ist oder sich in Elternzeit befindet.

(4) Verzicht auf erneute Risikoprüfung und Wartezeiten
Wir verzichten bei der Erhöhung des versicherten Krankentagegelds auf eine erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, wenn Sie unser Angebot innerhalb der von uns im Angebot genannten Frist annehmen. Besondere vertragliche Vereinbarungen werden an den erweiterten Leistungsumfang angeglichen.

(5) Beginn des erweiterten Versicherungsschutzes
Wenn Sie unser Angebot innerhalb der von uns im Angebot genannten Frist annehmen, erhöht sich der Versicherungsschutz mit Wirkung ab dem Datum, das wir Ihnen jeweils in unserem Angebot als Beginn genannt haben.

Das gilt aber nicht für eine Arbeitsunfähigkeit der →versicherten Person, die bereits bestanden hat, bevor Sie das jeweilige Erhöhungsangebot angenommen haben. Für diese zahlen wir das versicherte Krankentagegeld in unveränderter Höhe im vertraglichen Umfang, solange die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen auch nach der jeweiligen Erhöhung fortbesteht.

(6) Beitragsberechnung für die Erweiterung des Versicherungsschutzes
Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(7) Verzicht auf unser ordentliches Kündigungsrecht
Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht nach Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein, soweit das versicherte Krankentagegeld für die →versicherte Person nach den Absätzen 1 bis 6 erhöht worden ist.

(8) Erneutes Erhöhungsangebot nach Ihrer Ablehnung oder verspäteter Annahme
Wenn Sie unser Angebot auf Erhöhung des versicherten Krankentagegelds nicht oder nicht rechtzeitig annehmen, sind wir berechtigt, ein erneutes Erhöhungsangebot erst zu unterbreiten, nachdem gerechnet von unserem unmittelbar zurückliegenden Erhöhungsangebot ununterbrochene 36 Monate verstrichen sind. Auch in diesem Fall müssen die Voraussetzungen für ein Angebot nach Absatz 1 erfüllt sein.

2.5.2 Wann können Sie nach einer Einkommenserhöhung eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten beantragen?

Wenn sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne der →versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit erhöht und
- Sie 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, der auf Ihren Antrag folgt,

verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Besondere vertragliche Vereinbarungen werden an den erweiterten Leistungsumfang angeglichen.

Die 2-Monatsfrist nach Satz 1 ist nur eingehalten, wenn uns Ihr 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 Ihren Antrag folgt. Das gilt aber nicht für eine Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person, die bereits bestanden hat, bevor Sie die Erhöhung beantragt haben. Für diese zahlen wir das versicherte Krankentagegeld in unveränderter Höhe im vertraglichen Umfang, solange die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen auch nach der jeweiligen Erhöhung fortbesteht.

2.5.3 Was gilt außerdem, wenn sich das Netto-Einkommen der versicherten Person erhöht?

Wenn sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne der →versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit erhöht, können Sie bei uns unabhängig von den Regelungen nach Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem gelten in diesem Fall nach Ziffer 1.1.3 Absatz 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein die Wartezeitenregelungen und wir können den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

2.6 Regelungen zum Netto-Einkommen (Grundsätze)

Inhalt dieses Abschnitts:
2.6.1 **Wie hoch darf das Krankentagegeld maximal sein (maximale Krankentagegeld-Leistung)?**
2.6.2 **Wie berechnet sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne?**

Für diesen Tarif gelten grundsätzlich nachfolgende Regelungen zum Netto-Einkommen.

Wenn die →versicherte Person aber arbeitslos ist und die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit erfüllt sind (siehe Ziffer 2.1.2 Absatz 1), gilt insoweit ausschließlich Ziffer 2.9. Wenn sich die versicherte Person in der Elternzeit befindet, gilt auch für das Netto-Einkommen Ziffer 2.8.2.

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

(1) Grundsatz
Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und →Krankengeldern 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.

2.6.2 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 private Krankenversicherung,
- ihre private Pflege-Pflichtversicherung und
- ihre gesetzliche Rentenversicherung 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.

2.7 Besondere Regelung zur Beitragsanpassung

In welchen zusätzlichen Fällen werden der Beitrag und ein Risikozuschlag angepasst?

Eine Beitragsanpassung nach Ziffer 1.7.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erfolgt auch in den ersten 3 Versicherungsjahren, in denen wir zur ordentlichen Kündigung nach Ziffer 1.9.3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein berechtigt sind.

2.8 Besondere Regelungen bei der Änderung der Entgeltfortzahlung und für die Elternzeit

2.8.1 Welche Informationspflicht haben Sie, wenn sich die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ändert?

Die vereinbarte →Karenzzeit (6 Wochen) darf nicht kürzer sein als die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich zu informieren, wenn sich die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ändert. Das gilt auch, wenn die Änderung mit einem Wechsel des Arbeitgebers zusammenhängt.

2.8.2 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 Ziffer 2.1.2 Absatz 1),
- gelten ausschließlich folgende Regelungen zur maximalen Höhe des Krankentagegelds und zum Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne:

(1) Maximale Höhe des Krankentagegelds
Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und →Krankengeldern nicht höher sein als das auf den Kalendertag umgerechnete Netto-Einkommen während der Elternzeit im vertraglichen Sinne.

(2) Netto-Einkommen während der Elternzeit
Während der Elternzeit gilt als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne:
- Der durchschnittliche Monatsverdienst der →versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit ab Beginn der Elternzeit.

(3) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags
Wir setzen das versicherte Krankentagegeld auf den sich aus den Absätzen 1 und 2 ergebenden Betrag herab und reduzieren den Beitrag, soweit dies durch die Herabsetzung notwendig ist. Die Vertragsanpassung erfolgt zum Beginn der Elternzeit.

(4) Ihr Recht auf Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung
Sie können von uns in folgenden Fällen verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Umwandlung dieses Tarifs für die →versicherte Person in eine →Anwartschaftsversicherung annehmen:

- Fortsetzung der Erwerbstätigkeit
  Wenn die versicherte Person während der Elternzeit weiterhin teilweise beruflich tätig ist und wir den Vertrag nach Absatz 3 angepasst haben, können Sie die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung soweit verlangen, soweit das versicherte Krankentagegeld vor Beginn der Elternzeit höher war als nach der Vertragsanpassung. Sie müssen Ihren Antrag auf Umwandlung innerhalb von 2 Monaten stellen, nachdem die Vertragsanpassung wirksam geworden ist.

- Unterbrechung der Erwerbstätigkeit
  Wenn die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit während der Elternzeit vollständig unterbricht, haben Sie nach Ziffer 1.10 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein ein Recht auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung. Hierzu müssen Sie Ihren Antrag auf Umwandlung innerhalb von 2 Monaten stellen, nachdem die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit unterbrochen hat.

2.9 Besondere Regelungen bei vorübergehender Arbeitslosigkeit

Inhalt dieses Abschnitts:

2.9.1 Welche Leistungen des abgeschlossenen Tarifs ändern sich, wenn die versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch hat?
2.9.2 Welche besonderen Regelungen zur maximalen Höhe des Krankentagegelds und zum Netto-Einkommen gelten, wenn die versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch hat?
2.9.3 Welche besonderen Regelungen zur maximalen Höhe des Krankentagegelds und zum Netto-Einkommen gelten, wenn die versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch hat?
2.9.4 Welche berufliche Tätigkeit ist für die Bestimmung von Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit maßgeblich?

Es gelten nachfolgende besondere Regelungen, wenn
- die →versicherte Person in einem festen Arbeitsverhältnis gestanden hat, aus dem sie ein Entgelt bezogen hat,
- arbeitslos ist und die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 2.1.2 Absatz 1 erfüllt sind.

Die sonstigen Vertragsbestimmungen gelten unverändert, soweit nicht von ihnen ausdrücklich abgewichen wird.

2.9.1 Welche Leistungen des abgeschlossenen Tarifs ändern sich, wenn die versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch hat?

Wenn die →versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hat, ändern sich Regelungen zu den versicherten Leistungen wie folgt:

(1) Gültige Karenzzeit
Abweichend von Ziffer 2.2.4 zahlen wir nach Ablauf der →Karenzzeit (42 Tage) das Krankentagegeld ohne Leistungshöchstdauer wie folgt:

Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Unsere Leistung beginnt nach Ende der Leistungsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch die Bundesagentur für Arbeit, jedoch nicht vor Ablauf der Karenzzeit.

(2) Anrechnung vorheriger Arbeitsunfähigkeit auf die gültige Karenzzeit
Abweichend von Ziffer 1.1.2 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt Folgendes:
Wir rechnen Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit nur an, wenn die Bundesagentur für Arbeit diese Zeiten bei ihren Leistungen zusammengerechnet hat.

(3) Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen
Die nach diesen Tarifbedingungen (siehe Ziffer 2.4.2) vereinbarte Leistungseinschränkung für die Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) gilt auch, wenn die →versicherte Person arbeitslos ist.

Im Übrigen gelten die Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen dieser Tarifbedingungen unverändert.

2.9.2 Welche besonderen Regelungen zur maximalen Höhe des Krankentagegelds und zum Netto-Einkommen gelten, wenn die versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch hat?

Wenn die →versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hat, gelten abweichend von Ziffer 2.6 ausschließlich folgende Regelungen:

(1) Maximale Höhe des Krankentagegelds
Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und →Krankengeldern nicht höher sein als das auf den Kalendertag umgerechnete Netto-Einkommen bei Arbeitslosigkeit im vertraglichen Sinne (siehe Absatz 2).

(2) Netto-Einkommen bei Arbeitslosigkeit
Während der Zeit der vorübergehenden Arbeitslosigkeit und einem Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) gilt als Nettoeinkommen im vertraglichen Sinne:
- Das Arbeitslosengeld der Bundesagentur für Arbeit nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) und
- die von der Bundesagentur für Arbeit für die →versicherte Person gezahlten Beiträge für die →substitutive Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung oder das berufsständische Versorgungswerk.

(3) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags
Wir setzen das versicherte Krankentagegeld auf den sich aus den Absätzen 1 und 2 ergebenden Betrag herab und reduzieren den Beitrag, soweit dies durch die Herabsetzung notwendig ist. Die Vertragsanpassung erfolgt zum Beginn der Arbeitslosigkeit.

Wenn sich während der Arbeitslosigkeit die Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit verringert, setzen wir das versicherte Krankentagegeld für den gleichen Zeitraum entsprechend der verringerten Leistungshöhe herab und reduzieren den Beitrag entsprechend der Herabsetzung.

(4) Ihr Recht auf Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung
Sie können von uns verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Umwandlung dieses Tarifs für die →versicherte Person in eine →Anwartschaftsversicherung annehmen.

Dies setzt voraus, dass wir den Vertrag für die versicherte Person nach Absatz 3 anpassen. Sie können die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung aber nur soweit verlangen, soweit das versicherte Krankentagegeld vor Beginn der Arbeitslosigkeit höher war als nach der Vertragsanpassung nach Absatz 3.

Der Antrag auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss innerhalb von 2 Monaten gestellt werden, nachdem die Vertragsanpassung wirksam geworden ist.

2.9.3 Welche besonderen Regelungen zur maximalen Höhe des Krankentagegelds und zum Netto-Einkommen gelten, wenn die versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch hat?

Wenn die →versicherte Person als Arbeitslose Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) hat, gelten abweichend von Ziffer 2.6 ausschließlich folgende Regelungen:

(1) Maximale Höhe des Krankentagegelds
Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und →Krankengeldern und den Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) nicht höher sein als das Netto-Einkommen bei Arbeitslosigkeit im vertraglichen Sinne (siehe Absatz 2).

(2) Netto-Einkommen bei Arbeitslosigkeit
Während der Zeit der vorübergehenden Arbeitslosigkeit und einem Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) gilt als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne:
- Die Leistungen des zuständigen Leistungsträgers für die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und
- die von diesem Leistungsträger für die →versicherte Person gezahlten Beiträge für die →substitutive Krankenversicherung.

(3) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags
Wir setzen das versicherte Krankentagegeld auf den sich aus den Absätzen 1 und 2 ergebenden Betrag herab und reduzieren den

Beitrag, soweit dies durch die Herabsetzung notwendig ist. Die Vertragsanpassung erfolgt zum Beginn der Anspruchsberechtigung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II).

Wenn sich während der Arbeitslosigkeit die Höhe der Leistungen des zuständigen Leistungsträgers verringert, setzen wir das versicherte Krankentagegeld für den gleichen Zeitraum entsprechend der verringerten Leistungshöhe herab und reduzieren den Beitrag entsprechend der Herabsetzung.

(4) Ihr Recht auf Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung
Sie können von uns verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Umwandlung dieses Tarifs für die →versicherte Person in eine →Anwartschaftsversicherung annehmen.

Dies setzt voraus, dass wir den Vertrag für die versicherte Person nach Absatz 3 anpassen. Sie können die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung aber nur soweit verlangen, soweit das versicherte Krankentagegeld vor Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) höher war als nach der Vertragsanpassung nach Absatz 3.

Der Antrag auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss innerhalb von 2 Monaten gestellt werden, nachdem die Vertragsanpassung wirksam geworden ist.

2.9.4 Welche berufliche Tätigkeit ist für die Bestimmung von Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit maßgeblich?

Als berufliche Tätigkeit gilt die berufliche Tätigkeit, die
- der nach dem Dritten oder Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III oder SGB II) zuständige Leistungsträger
- bei seinen Leistungen für die →versicherte Person zugrunde legt und für zumutbar hält.

Diese berufliche Tätigkeit ist maßgeblich für die Beurteilung, ob
- eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt (siehe Ziffer 1.1.1 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein) oder
- eine Berufsunfähigkeit vorliegt (siehe Ziffer 1.9.4 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein).

2.10 Verlängerung unserer Leistungspflicht

Für welchen Fall ist nach diesem Tarif eine verlängerte Leistungspflicht vereinbart?

Wenn wir diesen Tarif gemäß Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kündigen, endet der Versicherungsschutz nach diesem Tarif für →schwebende Versicherungsfälle mit Ablauf des dritten Monats, der auf die Beendigung dieses Tarifs folgt. In diesem Fall gilt Ziffer 1.1.8 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

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

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

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

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

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

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

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

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

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

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

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

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

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

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

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

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

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

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode
Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

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

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

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

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

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

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch

rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, 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, E-Mail) erteilt wird.

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

(6) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

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

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf
Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

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

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

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

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

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

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

(1) Erste Mahnung bei Beitragsrückstand
Wenn Sie bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) dient, einen Beitragsrückstand in Höhe von 2 Monatsbeiträgen haben, gilt Folgendes:
- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

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

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

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

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

(4) Kein Ruhen bei Schuldenausgleich oder Hilfebedürftigkeit
Das Ruhen des Vertrags tritt nicht ein oder endet,
- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt haben oder
- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) sind oder werden oder

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

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

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

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

3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht
Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:
- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

(2) Unser Kündigungsrecht
Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag 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 oder
- wenn es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

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

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

Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

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

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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

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

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

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

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

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

2. Versicherung für fremde Rechnung

Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

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

(2) Leistungsempfänger
Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

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

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

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn
- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,
- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. 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.

(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.

5. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

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

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

7. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

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

Erläuterung von Fachausdrücken

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Versicherungsfähigkeit.
Eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelte, 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 Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.