

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### KombiMed Krankentagegeld Tarif KTAG

#### FÜR ARBEITNEHMER

**Sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

**Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.**

<p>Wir zahlen Krankentagegeld in vereinbarter Höhe für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall.</p> <p>Sie können ein Krankentagegeld bis zu 100% des Nettoeinkommens vereinbaren.</p> <p>Als Leistungsbeginn können Sie einen dieser Termine vereinbaren:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 43. Tag</li><li>• 64. Tag</li><li>• 85. Tag</li><li>• 92. Tag</li><li>• 106. Tag</li><li>• 127. Tag</li><li>• 169. Tag</li><li>• 183. Tag</li><li>• 274. Tag</li><li>• 365. Tag</li></ul> <p>der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit.</p> <p>Die Leistungsdauer im Versicherungsfall ist unbefristet.</p> <p>Für Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit gilt: Hat der Arbeitgeber diese bei der Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, fassen wir diese bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammen.</p>	<p>Alle drei Jahre ist eine Erhöhung des Krankentagegeldes anhand der allgemeinen Einkommensentwicklung möglich. Dafür muss ein Krankentagegeld von mindestens 25 EUR vereinbart sein. Wir informieren Sie in regelmäßigen Abständen mit einem schriftlichen Anpassungsvorschlag. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne Risikoprüfung an. Die Erhöhung erfolgt dann ohne neue Wartezeiten und gilt auch für laufende Versicherungsfälle.</p> <p>Außerdem bieten wir Ihnen Gelegenheit, unter bestimmten Voraussetzungen das Krankentagegeld bei einer Erhöhung des Arbeitsentgelts anzupassen. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne Risikoprüfung an. Die Erhöhung erfolgt dann ohne neue Wartezeiten. Sie gilt jedoch nicht für laufende Versicherungsfälle.</p> <p>Wir zahlen das Krankentagegeld auch bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Zusage.</p> <p>Für die Dauer einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir anteilig Krankentagegeld, längstens für 182 Tage. Erstattet wird die Differenz zwischen der vereinbarten Krankentagegeldhöhe und dem Nettoeinkommen, das während der Teilarbeitsunfähigkeit erzielt wird.</p> <p>Gern geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft. Telefonisch erreichen Sie uns unter <b>0800/3746 444</b> (gebührenfreie Rufnummer).</p>
---	--

## Inhaltsverzeichnis

<b>Teil 1 Unsere Leistungen</b>	<b>Seite</b>
1. Was ist versichert?	2
2. Was sind unsere Leistungen?	3
3. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	4
4. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	4
5. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	4
6. Gilt der Versicherungsschutz in Deutschland auch außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltes?	5
7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	5
8. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?	5
9. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	5
10. Können Sie den Versicherungsschutz an die allgemeine Einkommensentwicklung anpassen?	6
11. Können Sie den Versicherungsschutz auch an die persönliche Einkommensentwicklung anpassen?	6
12. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?	6
<b>Teil 2 Sonstige Bestimmungen</b>	
1. Wer kann versichert werden?	7
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	7
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	7
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	7
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	8
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	8
7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	8
8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	8
9. Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie und welche Rechte bestehen bei einer Kündigung?	9
10. Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?	9
11. Welche sonstigen Beendigungsgründe gibt es und welche Rechte bestehen bei einer solchen Beendigung?	9
12. Welche Gerichte sind zuständig?	10

## Teil 1 Unsere Leistungen

<b>1.</b>	<b>Was ist versichert?</b>
1.1	Wir bieten Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall wegen Arbeitsunfähigkeit, soweit diese auf einer Krankheit oder einem Unfall beruht.
1.2	Im Versicherungsfall zahlen wir für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none"><li>• Medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und</li><li>• ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit während dieser Heilbehandlung.</li></ul>
1.3	Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht und eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist.
1.4	Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so zahlen wir das Krankentagegeld nur einmal.
1.5	Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend in keiner Weise ausüben kann. Dabei kommt es auf den objektiven medizinischen Befund an. Die versicherte Person darf ihre berufliche Tätigkeit auch tatsächlich nicht ausüben. Sie darf auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.

---

## 2. Was sind unsere Leistungen?

---

2.1 Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zahlen wir ab vereinbartem Leistungsbeginn – jedoch nicht vor Ablauf der Lohnfortzahlung - Krankentagegeld in vertraglicher Höhe. Das Krankentagegeld zahlen wir auch für Sonn- und Feiertage.

2.2 Als Leistungsbeginn können Sie einen dieser Termine vereinbaren:

- 43. Tag
- 64. Tag
- 85. Tag
- 92. Tag
- 106. Tag
- 127. Tag
- 169. Tag
- 183. Tag
- 274. Tag
- 365. Tag

ab dem Beginn der jeweiligen vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Für den Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit kommt es auf den Tag an, an dem sie ärztlich festgestellt wird. Dies gilt auch, wenn die Arbeitsunfähigkeit rückwirkend festgestellt wird.

Für Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit gilt: Hat der Arbeitgeber diese bei der Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, fassen wir diese bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammen. Dies kann bei einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Krankheit der Fall sein. Durch diese Regelung stellen wir sicher, dass zwischen der Dauer der Lohnfortzahlung und dem passend vereinbarten Leistungsbeginn keine Lücke entsteht.

### 2.3 Zahlen wir Krankentagegeld auch bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit?

Bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir anteilig das Krankentagegeld, längstens jedoch für 182 Tage. Folgende Voraussetzungen müssen hierzu gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person nimmt nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit stufenweise wieder auf.
- Ein Arzt hat der Arbeitsaufnahme zugestimmt.

Wir zahlen dann das Krankentagegeld in Höhe der Differenz zwischen dem vereinbarten Krankentagegeld und dem Nettoeinkommen während der teilweisen Arbeitsunfähigkeit.

### 2.4 Zahlen wir Krankentagegeld auch bei Entziehungsmaßnahmen während der Arbeitsunfähigkeit?

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat keinen anderweitigen Anspruch auf Ersatz des Verdienstausfalls.
- Wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben. Diese können wir von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Die Anzahl der Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

**Wir zahlen kein Krankentagegeld** bei Arbeitsunfähigkeit wegen weiterer Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

### 2.5 Zahlen wir Krankentagegeld auch bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen während der Arbeitsunfähigkeit?

Ja, und zwar, wenn wir vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben.

**Wir zahlen kein Krankentagegeld** bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit während einer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme.

#### **Weitere Voraussetzungen für unsere Leistungen:**

2.6 Die versicherte Person muss sich während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen Arzt oder Zahnarzt behandeln lassen. Sie kann dabei unter den niedergelassenen Ärzten bzw. Zahnärzten frei wählen. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren. Die Behandlung kann auch im Krankenhaus erfolgen. Die versicherte Person hat dabei die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Diese müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.

2.7 Bei medizinisch notwendigem stationären Aufenthalt in Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, gilt Folgendes: Sie müssen vor Beginn von uns eine schriftliche Zusage erhalten haben. Das Übergangsgeld des gesetzlichen Rehabilitationsträgers können wir hierbei anrechnen.

2.8 Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit müssen Sie durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachweisen. Etwaige Kosten solcher Nachweise sind von Ihnen zu tragen. Bescheinigungen von Ehe- bzw. eingetragenen Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

2.9 Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich über eine dauerhafte Verlängerung der Lohnfortzahlung zu informieren. Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass in diesem Zeitraum kein Anspruch auf Lohnfortzahlung des Arbeitgebers besteht. Andernfalls können wir den Leistungsbeginn rückwirkend entsprechend anpassen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Zuviel gezahlte Beiträge erstatten wir.

### **Höhe des Krankentagegeldes:**

- 2.10 Das Krankentagegeld darf das berufliche Nettoeinkommen - auf den Kalendertag umgerechnet - nicht übersteigen. Sonstige Krankentage- und Krankengelder rechnen wir an. Hierzu zählen auch Zahlungen, die an die Stelle des Krankentagegeldes der gesetzlichen Krankenversicherung treten, z.B. Übergangsgeld und Verletztengeld.

Als maßgebliches Nettoeinkommen gilt: 80% des durchschnittlichen Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate vor der Antragstellung bzw. vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Dabei berücksichtigen wir z.B. auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld.

- 2.11 Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich zu informieren, wenn sich das Nettoeinkommen dauerhaft verringert. Wir können das Krankentagegeld entsprechend herabsetzen, wenn dieses das Nettoeinkommen übersteigt. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Die Herabsetzung wird zu Beginn des zweiten Kalendermonats, nachdem wir von der Verringerung erfahren haben, wirksam. Bis dahin bleibt das Krankentagegeld in der bisherigen Höhe bestehen, auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit.

---

### **3. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?**

---

- 3.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 1 und 2).

**Wir leisten jedoch generell nicht** für Arbeitsunfähigkeit

- wegen Krankheiten und Unfällen, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle.

Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
- sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
- sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.

- wegen solcher Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- während der Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes.

- 3.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 4, Seite 4),
- bei Wartezeiten (vgl. Teil 1 Nr. 5, Seite 4),
- bei Aufenthalten außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltes in Deutschland (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 5),
- bei Aufenthalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 7, Seite 5),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3, Seite 7),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7).

---

### **4. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?**

---

- 4.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und vor Ablauf von Wartezeiten.

- 4.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- 4.3 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9 bis 11, Seite 8 f.). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist (schwebende Versicherungsfälle). In diesen Fällen gilt aber folgende Besonderheit: Kündigen wir das Versicherungsverhältnis, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach der Beendigung.

---

### **5. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?**

---

- 5.1 Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Teil 1 Nr. 4.1, Seite 4).

- 5.2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall.

- 5.3 Für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit acht Monate.

- 5.4 Sämtliche Wartezeiten können wir aufgrund einer ärztlichen bzw. zahnärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen.

- 5.5 Zeiten einer Vorversicherung rechnen wir auf die Wartezeiten an. Dazu müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:
- Sie müssen Tarif KTAG spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt haben.
  - Dieser Tarif muss zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung bei uns im unmittelbaren Anschluss zur Vorversicherung begonnen haben.
  - Die ununterbrochene Vorversicherungszeit müssen Sie uns nachweisen.

Diese Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis, wenn ein Anspruch auf Heilfürsorge bzw. Beihilfe bestanden hat. In diesen Fällen rechnen wir die bisherige Dienstzeit auf die Wartezeiten an.

- 5.6 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

---

## **6. Gilt der Versicherungsschutz in Deutschland auch außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltes?**

---

- 6.1 Hält sich die versicherte Person während der Arbeitsunfähigkeit in Deutschland nicht an Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt auf, gilt Folgendes: Wir zahlen das Krankentagegeld nur bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Unter bestimmten Voraussetzungen zahlen wir Krankentagegeld auch bei Entziehungsmaßnahmen und stationären Rehabilitationsmaßnahmen während der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Teil 1 Nr. 2.5 und 2.6, Seite 3).
- 6.2 Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, gilt Folgendes: Wir zahlen das Krankentagegeld, solange aus medizinischen Gründen eine Rückkehr nicht möglich ist.

---

## **7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?**

---

- 7.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- 7.2 Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland zahlen wir das Krankentagegeld für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle. Wir zahlen das Krankentagegeld aber nur für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.
- Dies gilt auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums.
- 7.3 Für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland besteht kein Versicherungsschutz. Wir können aber mit Ihnen besondere Vereinbarungen treffen. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- 7.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die betreffende Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

---

## **8. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?**

---

- 8.1 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.
- 8.2 Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

---

## **9. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?**

---

1. Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.  
In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.
2. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
3. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

---

**10. Können Sie den Versicherungsschutz an die allgemeine Einkommensentwicklung anpassen?**

---

- 10.1 Wir bieten Ihnen Gelegenheit, das Krankentagegeld anhand der allgemeinen Einkommensentwicklung der letzten drei Jahre zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass das vereinbarte Krankentagegeld mindestens 25 EUR beträgt. Eine Erhöhung kann erstmals im dritten Kalenderjahr nach dem Jahr des Versicherungsbeginns in diesem Tarif erfolgen. Danach kann sie in jedem dritten Kalenderjahr erfolgen. Das berufliche Nettoeinkommen der versicherten Person darf dabei nicht überschritten werden.
- 10.2 Wir informieren Sie mit einem schriftlichen Anpassungsvorschlag. Dieser enthält auch eine Frist für seine Rückgabe. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne neue Risikoprüfung an. Die Anpassung wird dann ohne neue Wartezeiten zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt. Die Erhöhung gilt dann auch für laufende Versicherungsfälle.
- 10.3 Die Einzelheiten der Anpassung und der Beobachtung der allgemeinen Einkommensentwicklung legen wir einem unabhängigen Treuhänder gegenüber fest.

---

**11. Können Sie den Versicherungsschutz auch an die persönliche Einkommensentwicklung anpassen?**

---

- 11.1 Sie haben auch die Möglichkeit, das Krankentagegeld bei einer Erhöhung des Arbeitsentgelts für die versicherte Person anzupassen. Voraussetzung ist, dass sich das Nettoeinkommen im Sinne der AVB so erhöht, dass das Krankentagegeld um mindestens 5 EUR erhöht werden kann. Die Anpassung des Tagegeldes erfolgt maximal in gleicher prozentualer Höhe, wie sich das zuletzt erhaltene Nettoeinkommen erhöht hat. Eine vor der Erhöhung des Arbeitsentgelts bestehende Unterversicherung kann dabei nicht ausgeglichen werden. Wir können entsprechende Nachweise verlangen.
- 11.2 Die Erhöhung des Krankentagegeldes können Sie innerhalb von drei Monaten nach der Erhöhung des Arbeitsentgelts beantragen. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne neue Risikoprüfung an. Die Anpassung wird dann ohne neue Wartezeiten zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt. Die Erhöhung gilt jedoch nicht für laufende Versicherungsfälle.

---

**12. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?**

---

- 12.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer. Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:

Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
- für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeordnete Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

- 12.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.
- 12.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:
- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr kein Krankentagegeld gezahlt.
  - Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
  - Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.

Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

## Teil 2 Sonstige Bestimmungen

---

### 1. Wer kann versichert werden?

---

1.1 Versicherungsfähig sind Arbeitnehmer, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die versicherte Person

- steht in einem festen Arbeitsverhältnis. Entfällt diese Voraussetzung, besteht weiter Versicherungsfähigkeit, wenn die versicherte Person mit hinreichender Aussicht auf Erfolg nach einer neuen Tätigkeit sucht. In diesem Fall müssen Sie uns dies innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses mitteilen.
- hat ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Wird dieser nachträglich in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, besteht weiter Versicherungsfähigkeit. Der Versicherungsschutz ist aber eingeschränkt (vgl. Teil 1 Nr. 7.2, Seite 5).
- ist weder in einem Bergbaubetrieb tätig (Ausnahmen: kaufmännische Angestellte) noch Berufssportler.

1.2 Den Wegfall einer dieser Voraussetzungen bei einer versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich anzeigen. Das Gleiche gilt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. bei Bezug von Altersrente. Erfahren wir erst später vom Eintritt eines solchen Ereignisses, gilt für die empfangenen Leistungen Folgendes: Soweit sich diese auf die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses beziehen, sind sie jeweils zurückzugewähren.

---

### 2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

---

2.1 Die Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns spätestens drei Tage nach dem vereinbarten Leistungsbeginn anzeigen. Die erforderliche Bescheinigung des Arztes (vgl. Teil 1 Nr. 2.8, Seite 3) ist hierbei vorzulegen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als zwei Wochen, müssen Sie alle zwei Wochen eine erneute Bescheinigung des Arztes vorlegen. Wir können diese Bescheinigung auch in anderen Abständen anfordern. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit müssen Sie uns binnen drei Tagen anzeigen.

2.2 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns oder einem von uns Beauftragten die gewünschten Auskünfte zu geben.

2.3 Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die versicherte Person muss diese Untersuchung innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen.

2.4 Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen. Die Anweisungen des Arztes muss sie gewissenhaft befolgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

2.5 Sie müssen jeden Wechsel des Berufes der versicherten Person unverzüglich anzeigen.

2.6 Sie dürfen eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit unserer Zustimmung neu abschließen bzw. erhöhen.

---

### 3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

---

3.1 Die Verletzung der Obliegenheiten kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei einer verspäteten Anzeige der Arbeitsunfähigkeit gilt dies allerdings nur solange, bis wir Ihre Anzeige erhalten haben. Wir zahlen kein Krankentagegeld, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.

3.2 Werden die in Nr. 2.5 und Nr. 2.6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.

3.3 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

---

### 4. Wie berechnen wir die Beiträge?

---

4.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt, und dem Geburtsjahr.

4.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Kalkulationsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Altersrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des

Älterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren.

- 4.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.
- 4.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

---

## **5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?**

---

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- 5.2 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.
- 5.3 Solange Sie den ersten Beitrag schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen. Darüber hinaus haben Sie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe zu zahlen, mindestens jedoch 5 EUR je Mahnung.

---

## **6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?**

---

- 6.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit bei den Versicherten. Auch die Lebenserwartung legen wir hierbei zugrunde. Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge dieses Tarifs überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.

In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.

- 6.2 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

---

## **7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?**

---

- 7.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z.B. durch Gesetze - ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 7.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

---

## **8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?**

---

- 8.1 Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir rechnen die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- 8.2 Soweit der Versicherungsschutz im neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.



---

**9. Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie und welche Rechte bestehen bei einer Kündigung?**

---

- 9.1 Sie können Tarif KTAG zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Tarif KTAG auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 9.2 Bei einer Erhöhung der Beiträge können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung erfolgen. Sie wird dann zum Zeitpunkt der Änderung wirksam. Das gleiche Recht haben Sie, wenn wir die Leistungen wegen Verminderung des Nettoeinkommens bzw. Änderung der AVB (vgl. Teil 1 Nr. 2.11, Seite 4 bzw. Teil 2 Nr. 7.1, Seite 8) herabsetzen.
- 9.3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können innerhalb von drei Monaten die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Den Eintritt der Versicherungspflicht müssen Sie uns nachweisen; die Frist hierzu beträgt zwei Monate. Andernfalls ist Ihre Kündigung unwirksam. Die Frist beginnt erst, wenn wir Sie zum Nachweis aufgefordert haben. Die Kündigung ist trotz Versäumung der Frist wirksam, wenn Sie dies nicht zu vertreten haben. Später können Sie die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge.
- 9.4 Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.5 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Ihre Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen.  
Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

---

**10. Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?**

---

- 10.1 Wir dürfen nicht kündigen, wenn für Tarif KTAG ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht. Ein solcher Anspruch besteht, wenn die Versicherung den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzt. Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld erhalten für diesen Tarif somit keinen Beitragszuschuss.
- 10.2 Besteht kein Anspruch auf einen Beitragszuschuss, gilt Folgendes:
- Wir können diesen Tarif zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
  - Haben wir Zeiten einer Vorversicherung angerechnet (vgl. Teil 1 Nr. 5.5, Seite 5), so verzichten wir auf dieses Kündigungsrecht, und zwar in Höhe des bisherigen Anspruchs auf Krankengeld.
  - Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes können wir diese Vereinbarung mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Dies ist aber nur zum Ende des laufenden Versicherungsjahres oder zum Ende eines der folgenden zwei Versicherungsjahre möglich.
  - Bei einer Anpassung des Versicherungsschutzes an die allgemeine Einkommensentwicklung (vgl. Teil 1 Nr. 9 Seite 5) dürfen wir diese Vereinbarung jedoch nicht kündigen.
- 10.3 Wir können Tarif KTAG auch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen.
- 10.4 Die Kündigung können wir auf einzelne versicherte Personen beschränken.

---

**11. Welche sonstigen Beendigungsmöglichkeiten gibt es und welche Rechte bestehen bei einer solchen Beendigung?**

---

- 11.1 Die Versicherung der versicherten Person endet
- a) bei Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (vgl. Teil 2 Nr. 1.1, Seite 6). Sie endet zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.
- Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Das Versicherungsverhältnis besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Es endet aber spätestens drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.
- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Hierbei kommt es auf den medizinischen Befund an.

Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Das Versicherungsverhältnis besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Es endet aber spätestens drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Sie können die Versicherung bis zum Ende des Monats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird, fortführen. Voraussetzungen sind,
- dass weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht und
  - dass Sie uns Ihren Wunsch auf Fortführung spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 70. Lebensjahres mitteilen.

Tritt während der Fortführung der Versicherung Berufsunfähigkeit ein, gilt Folgendes: Die Versicherung endet dann mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

- d) mit dem Tod. Endet die Versicherung durch Ihren Tod, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung der Versicherung erfolgen.
- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums.

11.2 In folgenden Fällen können Sie die Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen:

- Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit,
- Berufsunfähigkeit,
- vorübergehende Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland.

In diesen Fällen müssen Sie uns Ihren Wunsch auf Fortführung innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Ereignisses mitteilen. Bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses beginnt die Frist ab diesem Zeitpunkt.

11.3 Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit können Sie die Fortsetzung der Versicherung in diesem oder einem anderen Krankentagegeldtarif verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir können die Fortsetzung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

---

## 12. Welche Gerichte sind zuständig?

---

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

## Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung Gruppenversicherung

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres Tarifs.

### Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Aachener Straße 300, 50933 Köln  
weitere Postanschrift: 10963 Berlin, Stresemannstraße 111  
Sitz: Köln, Aktiengesellschaft, HRB 570, Amtsgericht Köln

### Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender;  
Dr. Christoph Jureka, Silke Lautenschläger, Dr. Johannes Lörper, Frank Neuroth  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

### Hauptgeschäft

Die DKV betreibt die private Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

### Angaben zum Garantiefonds

Die DKV gehört einem Insolvenzschutzfonds an. Dieser stellt sicher, dass in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wahrgenommen.

### Versicherungsleistungen und Beitrag

Vertragsgrundlage sind die AVB. Hierzu zählen auch die Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen enthalten abschließende Angaben zu den Leistungen. Im Produktinformationsblatt fassen wir die wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung.

### Zahlungsmodalitäten

Die Zahlungsweise ist monatlich. Sie können aber auch eine viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise wählen. Dies gilt dann, wenn sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben.

Wenn nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsausweises zahlen.

**Unsere Hausanschrift:** 50933 Köln · Aachener Straße 300  
Telefon: 0 800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei) oder aus dem Ausland +49 / 2 21 / 57 89 40 05  
Telefax: 0 18 05 / 78 60 00 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz, max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)  
Internet: [www.dkv.com](http://www.dkv.com) · E-Mail: [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com) · weitere Postanschrift: 10963 Berlin · Stresemannstraße 111

**Unsere Bankverbindung:**  
UniCredit Bank · BLZ 370 200 90 · Kto.-Nr. 0 003 751 210  
BIC HYVEDEMM429 · IBAN DE55 3702 0090 0003 7512 10

DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln · Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender  
Dr. Christoph Jurecka · Silke Lautenschläger · Dr. Johannes Lörper · Frank Neuroth · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky  
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570, USt-IdNr.: DE123489120

### **Zustandekommen des Vertrages**

Die Versicherung kommt mit Zugang der Beitrittserklärung zum Gruppenversicherungsvertrag zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags. Darüber hinaus beginnt er in bestimmten Tarifen nicht vor dem Ablauf von möglichen Wartezeiten. Bei der Auslandsreise-Krankenversicherung beginnt der Versicherungsschutz zudem nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

### **Widerrufsrecht**

Die Widerrufsbelehrung entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung. Sie enthält Angaben zu Ihrem Widerrufsrecht und den Folgen eines Widerrufs.

### **Versicherungsdauer**

In der Gruppenversicherung gibt es grundsätzlich keine Mindestversicherungsdauer. Bei einigen Ergänzungstarifen gibt es hiervon Ausnahmen. Dort beträgt die Mindestversicherungsdauer zwei Versicherungsjahre. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB.

### **Vertragsbeendigung**

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

Für die Krankentagegeldversicherung gilt: Wir können zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Voraussetzung ist, dass kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

Ansonsten gilt für alle Versicherungen: Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen nur aus einem wichtigen Grund kündigen. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB.

#### ***Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Teilnahme am Gruppenvertrag beenden?***

Sie können sich zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Die Beendigung eines Tarifs, der die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt, hat folgende weitere Voraussetzungen: Für die versicherte Person muss bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen sein. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Nur wenn Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Beendigungserklärung nachweisen, wird Ihre Abmeldung wirksam. Ihre Abmeldung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB.

#### ***Welche Beendigungsgründe gibt es in der Gruppenversicherung?***

Die Versicherung endet durch Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem endet sie bei Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB. Aus diesen ergeben sich auch die weiteren Beendigungsgründe.

#### ***Besteht ein Fortführungsrecht?***

Endet die Gruppenversicherung können Sie Ihre Versicherung in der Einzelversicherung fortführen. Die Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den AVB.

### **Sonstiges**

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch. Beschwerden können Sie an die DKV AG richten. Sie können sich auch an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Oder an die zuständige Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn. Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

Allgemeine  
Versicherungsbedingungen  
der Gruppenversicherung (AVB-G)  
für die  
**Krankheitskostenversicherung**

**G**

und für die  
**Krankenhaustagegeldversicherung**

Die AVB-G umfassen

**Teil I** Allgemeine Bedingungen

**Teil II** Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung  
(nach § 3 Abs. 2 c und § 6 Abs. 1.1)  
Tarife

in diesem Druckstück

} in gesonderten Druckstücken

**Inhaltsverzeichnis**

§ 1 Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag	2
§ 2 Versicherungsausweis	2
§ 3 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes	3
§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 6 Umfang der Leistungspflicht	3
§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 8 Anspruch auf Versicherungsleistungen	6
§ 9 Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
§ 10 Obliegenheiten	6
§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6
§ 12 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	7
§ 13 Aufrechnung	7
§ 14 Ende der Versicherung	7
§ 15 Ende des Versicherungsschutzes	8
§ 16 Fortführung in der Einzelversicherung	8
§ 17 Beiträge, Beitragsberechnung	8
§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung	9
§ 19 Wechsel in den Standardtarif	9
§ 20 Wechsel in den Basistarif	9
§ 21 Gerichtsstand	10
§ 22 Willenserklärungen und Anzeigen	10
Anhang	10

## § 1 Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag

- (1) Für jede zu versichernde Person ist eine Beitrittserklärung vollständig auszufüllen. In dieser erklärt sie ihr Einverständnis zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag.
- (2) Die Beitrittserklärung ist von der zu versichernden Person in einem verschlossenen Umschlag dem Versicherungsnehmer zu übergeben und von diesem an den Versicherer weiterzuleiten.

## § 2 Versicherungsausweis

Der Versicherer stellt für jeden Versicherten einen Versicherungsausweis aus. Dieser sowie eine Abschrift des Gruppenversicherungsvertrages und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung werden dem Versicherten vom Versicherungsnehmer ausgehändigt.

## § 3 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
  - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
  - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
  - c) die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht (nicht bei Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung),
  - d) Zahnprophylaxe, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.Die Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung werden im Falle der Versicherung nach § 5 Abs. 2 aus der Krankheitskostenversicherung erstattet; aus der Krankenhaustagegeldversicherung wird dann im Rahmen des vereinbarten Tagessatzes insoweit geleistet, als Aufwendungen ungedeckt bleiben.
- (3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 14 Abs. 1 c). Während des ersten Mo-

nats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch

ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange der Versicherte bzw. Mitversicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung seiner Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

### Zu Abs. 3

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB-G*

*Tarife SMB, Aktiv: es gilt Nr. 12 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif PLU, Beihilfetarife AB, ZB, SB: es gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif AV: es gilt Nr. 7.1 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif MC: es gilt Nr. 6.1 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif SB: es gilt Nr. 2 Tarifteil der AVB-G*

*Tarife GZ, BE, BE 1: es gilt Nr. 3 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif KGZ: es gilt Nr. 4.1 Tarifteil der AVB-G*

- (4) Abweichend von Absatz 3 erstreckt sich der Versicherungsschutz bei den M-Tarifen\*, den B-Tarifen, den H-Tarifen\* (\* ausgenommen Kombinationen mit DKV-Tarifen 80), den Tarifen GST und KFB, den Ergänzungstarifen AM9, SM9 und AMX, dem Krankenhaustagegeldtarif KM sowie den Kurtarifen G25 und KUR ohne besondere Vereinbarung auch auf Heilbehandlungen während eines länger als einen Monat dauernden vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland.
- (5) Verlegt ein Versicherter bzw. ein Mitversicherter seinen gewöhnlichen Aufenthalt in ein anderes europäisches Land, so setzt sich die Versicherung mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Die Versicherung kann auf Verlangen des Versicherten insoweit auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden, soweit die Voraussetzungen für die Gruppenversicherung gegeben sind, ansonsten in der Einzelversicherung. Soweit der Tarif Leistungen für „Rückführung aus dem Ausland“ und/oder „Todesfall im Ausland“ vorsieht, gilt als Heimatwohnsitz im Sinne der tariflichen Regelungen der gewöhnliche Aufenthaltsort in dem Land der Wohnsitzverlegung. Das Land des Heimatwohnsitzes gilt insoweit als Inland.

### Zu Abs. 5

*Tarif AV: es gilt Nr. 7.2 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif MC: es gilt Nr. 6.2 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif KGZ: es gilt Nr. 4.2 Tarifteil der AVB-G*

- (6) Der Versicherte kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern der Versicherte bzw. der Mitversicherte die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt und die Tarife Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages sind. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter des Versicherten bzw. Mitversicherten wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 17 Abs. 6 und 7) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.



---

#### § 4 Umfang des Versicherungsschutzes

---

- (1) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den hierfür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung, dem jeweiligen Versicherungsausweis sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (2) Der Versicherer übernimmt für alle versicherbaren Personen, für die dem Versicherer eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- (3) Für Krankheiten, die bei Beginn des Versicherungsschutzes nicht mehr behandelt werden und auch nicht behandlungsbedürftig sind, besteht Versicherungsschutz.
- (4) Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist.
- (5) Soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, kann der Versicherer einen aus medizinischen und statistischen Erfahrungen abgeleiteten Zuschlag erheben. Wird die Zahlung des Zuschlags abgelehnt, so gilt für die Krankheiten und deren Folgen oder Folgen von Unfällen, für die er gefordert wurde, Absatz 4 entsprechend.
- (6) Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge im Sinne der Absätze 4 und 5 entfallen für die Zukunft auf Antrag des Versicherten zum Beginn des Monats, der auf den Zugang des Antrages beim Versicherer folgt, wenn die betreffenden Krankheiten und deren Folgen oder Folgen von Unfällen bis zum Zugang des Antrags beim Versicherer weder behandelt worden sind noch behandlungsbedürftig waren und auch für die Zukunft nach ärztlichem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist.
- (7) Für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft gilt:

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die derzeitige Schwangerschaft, eine infolge dieser Schwangerschaft ausgelöste Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch, schwangerschaftsbedingte Krankheiten und schwangerschaftsbedingte Vorsorgeuntersuchungen sowie Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen.

Diese Einschränkung entfällt, wenn die Schwangerschaft beendet und der Versicherungsfall abgeschlossen ist.

---

#### § 5 Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

---

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt am Ersten des Monats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung beim Versicherer folgt, frühestens jedoch mit dem Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach diesem Zeitpunkt eintreten. Bei einer Änderung des Versicherungsschutzes gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spä-

testens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Zu Abs. 2

*Tarife AV, ET: es gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB-G*

- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Für die einzelnen Versicherungen des Gruppenversicherungsvertrages endet das erste Versicherungsjahr mit dem 31. Dezember des Kalenderjahres des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

---

#### § 6 Umfang der Leistungspflicht

---

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
  - (1.1) Art und Höhe der Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung ergeben sich aus den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (vgl. § 3 Abs. 2 c) (Anlage).
- (2) Dem Versicherten bzw. dem Mitversicherten steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

Bei Psychotherapie wird unter der Voraussetzung des Absatzes 7 geleistet, wenn zur Psychotherapie ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychiater und Psychotherapeut
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychosomatiker und Psychotherapeut
- Psychotherapie oder Psychoanalyse

oder ein niedergelassener und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gewählt wird.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandler.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 Sätze 1 bis 3 erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

Wird von einem nicht ortsansässigen Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet, so können diese Kosten nach Maßgabe des Weges gekürzt werden, den der nächst erreichbare, für die Behandlung zuständige Arzt zurücklegen müsste.

Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten in den Tarifen auch dann als Leistungen des Zahnarztes, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind. Sie sind nicht Gegenstand der Tarife für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

Zu Abs. 2

*Tarif SMB: siehe auch Nr. 13.3 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif PLU: siehe auch Nr. 1.3 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif Aktiv: siehe auch Nr. 2.7 und 13.4 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif AV: siehe auch Nr. 8.1 und 8.2 Tarifteil der AVB-G*

*Tarife MC, ET: siehe auch Nr. 7.1 und 7.2 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif SB: siehe auch Nr. 1.2 Tarifteil der AVB-G*  
*Beihilfetarife AB, ZB, SB: siehe auch Nr. 6.1 und 6.2 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif GZ: siehe auch Nr. 1.1 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif KGZ: siehe auch Nr. 2.1 Tarifteil der AVB-G*

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Sonstige Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel.

Als Heilmittel gelten

- a) physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte und medizinische Bäder, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind. Außerdem
- ergotherapeutische Leistungen, wenn sie vom Ergotherapeuten ausgeführt worden sind,
  - osteopathische Leistungen, wenn sie vom Arzt oder Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind, und
  - podologische Leistungen, wenn sie vom Podologen bzw. medizinischen Fußpfleger ausgeführt worden sind.
- b) Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlung, wenn sie vom Logopäden ausgeführt worden ist.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie zum Beispiel Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung des Versicherten bzw. des Mitversicherten.

Als Hilfsmittel gelten, soweit im Tarif nicht anders geregelt:

- a) Bandagen, Brillengläser, Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 51,13 EUR (ab 15. Lebensjahr frühestens zwei Jahre nach Bezug der letzten Brille), Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrektorschienen, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädische Maßschuhe, und zwar der Teil der Aufwendungen, der 71,58 EUR (bis zum 15. Lebensjahr 43,46 EUR) übersteigt, orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf);
- b) Krankenfahrstühle, Beatmungsgeräte, Sauerstoffgeräte, Absauggeräte, Pulsoximeter, Inhalationsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusionspumpen, Ernährungspumpen, elektronische Lesehilfen, Blindenstock, Blindenleitgerät, Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining) und Ähnliches, wenn und soweit der Versicherer vor dem Bezug eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer). Nach Möglichkeit

werden diese Hilfsmittel vom Versicherer vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen.

Nicht mehr benötigte Hilfsmittel gemäß b) sind auf Verlangen an den Versicherer herauszugeben. Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen, sind im Rahmen der vorstehenden Regelungen erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (zum Beispiel Heizkissen, Massagegeräte) sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

#### Zu Abs. 3

*Tarif SMB: siehe auch Nr. 2.2 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif PLU: siehe auch Nr. 1.1 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif Aktiv: siehe auch Nr. 2.5 und 2.9 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarife AV, ET: siehe auch Nr. 2.1 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif MC: siehe auch Nr. 2.2 und 2.3 Tarifteil der AVB-G*  
*Beihilfetarife AB, ZB, SB: siehe auch Nr. 2.1 Tarifteil der AVB-G*

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat der Versicherte bzw. der Mitversicherte freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

#### Zu Abs. 5

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.3 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif SMB: es gilt Nr. 13.2 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif Aktiv: es gilt Nr. 13.3 Tarifteil der AVB-G*

- (6) Der Versicherer leistet im vereinbarten Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Bei ambulanter und bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

#### Zu Abs. 7

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.4 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif PLU: es gilt Nr. 1.3 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif Aktiv: es gilt Nr. 2.7 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarif AV, Beihilfetarife AB, ZB, SB: es gilt Nr. 2.1 Tarifteil der AVB-G*

- (8) Bei medizinisch notwendiger teilstationärer Heilbehandlung gelten die Absätze 4 bis 7 entsprechend. Teilstationäre Behandlung bedeutet: Von vornherein ist keine ganztägige (24stündige) stationäre Behandlung vorgesehen.
- (9) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherte in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beab-



sichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

- (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherten bzw. des Mitversicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherten bzw. den Mitversicherten erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherte das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

- (11) Sonderregelung der Selbstbeteiligung (SB) bei Umwandlung zum 1. Februar oder später:

- a) Herabsetzung oder Fortfall der SB:

Für Kosten vor Umwandlung bleibt die bisherige SB unverändert.

Sieht der neue Tarif eine niedrigere SB vor, so mindert sich diese anteilig: für jeden fehlenden Monat der Laufzeit wird 1/12 abgezogen. Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt höchstens die bisherige SB.

- b) Erhöhung der SB:

Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt eine SB, die sich aus anteilig geminderter bisheriger und anteilig geminderter neuer SB zusammensetzt. Für Kosten vor Umwandlung gilt aber der unveränderte bisherige SB-Höchstbetrag.

Zu Abs. 9

Tarif SMB: es gilt Nr. 5.3 Tarifteil der AVB-G

Tarif Aktiv: es gilt Nr. 5.2 Tarifteil der AVB-G

Tarife AV, ET: es gilt Nr. 5 Tarifteil der AVB-G

Tarif MC: es gilt Nr. 5.1 Tarifteil der AVB-G

Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird im Rahmen von Satz 1 nur geleistet, soweit sie bei allgemeinen Krankenhausleistungen eine Kostenersatzfunktion hat und die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht überschritten werden,

Zu Abs. 1b)

Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.5 Tarifteil der AVB-G

Tarif SMB: es gilt Nr. 13.4 Tarifteil der AVB-G

Tarif Aktiv: es gilt Nr. 13.5 Tarifteil der AVB-G

Tarif MC: es gilt Nr. 7.4 Tarifteil der AVB-G

- c) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherten über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

Zu Abs. 1d)

Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.6 Tarifteil der AVB-G

Tarif SMB: es gilt Nr. 13.5 Tarifteil der AVB-G

Tarif Aktiv: es gilt Nr. 13.6 Tarifteil der AVB-G

- da) abweichend von Absatz 1 d) werden Aufwendungen für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus aus der Krankheitskostenvollversicherung (nicht aus Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung) erstattet, wenn und soweit der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass die Behandlung binnen 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt;

Zu Abs. 1da)

Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 6.6 Tarifteil der AVB-G

Tarif SMB: es gilt Nr. 13.5 Tarifteil der AVB-G

Tarif Aktiv: es gilt Nr. 13.6 Tarifteil der AVB-G

- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn der Versicherte bzw. Mitversicherte dort seinen ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- ea) Die vorstehende Einschränkung entfällt.
- f) ---
- g) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten

## § 7 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren; für Entziehungsmaßnahmen, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, werden die tariflichen Leistungen gewährt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig von dem für stationäre Behandlung vereinbarten Krankheitskostentarif nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherten auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat der Versicherte bzw. der Mitversicherte wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

---

## § 8 Anspruch auf die Versicherungsleistungen

---

Der Versicherte hat gegenüber dem Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen (vgl. aber auch § 9 Abs. 6).

---

## § 9 Auszahlung der Versicherungsleistungen

---

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen. Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Versicherer den Erstattungsbetrag vermerkt hat.
- (3) Rechnungen müssen enthalten: den Namen der behandelten Person, die Behandlungszeit, die einzelnen Leistungen und die Krankheitsbezeichnungen. Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.  
Beim Folgebezug einer Brille wegen veränderter Sehschärfe genügt die Angabe des Brechkraftwertes in der Optikerrechnung.
- (4) Für die Zahlung des Krankenhaustagegeldes ist eine Bescheinigung der Krankenanstalt erforderlich, aus der Beginn und Ende der stationären Behandlung sowie die Krankheitsbezeichnungen hervorgehen.
- (5) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die mitversicherte Person zu leisten, wenn der Versicherte ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherte die Leistung verlangen.
- (7) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs, Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherte weist durch Bankbeleg nach, dass er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

- (8) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

### Zu Abs. 8

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 7 Tarifteil der AVB-G  
Tarife SMB, Aktiv: es gilt Nr. 14 Tarifteil der AVB-G  
Tarif PLU: es gilt Nr. 6 Tarifteil der AVB-G  
Tarif AV: es gilt Nr. 12 Tarifteil der AVB-G*

- (9) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Soweit der Versicherer in einer für den Versicherten bzw. Mitversicherten ausgehändigten DKV-Card für Privatversicherte die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt garantiert, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht. Weiter gilt das Abtretungsverbot nicht, sofern auf Wunsch des Versicherten im Sinne der Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz erfolgt.

---

## § 10 Obliegenheiten

---

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

### Zu Abs. 1

*Tarif SW1/SW2: es gilt Nr. 8 Tarifteil der AVB-G  
Tarif SMB: es gilt Nr. 7.1 Tarifteil der AVB-G  
Tarif Aktiv: es gilt Nr. 7 Tarifteil der AVB-G  
Tarif AV: es gilt Nr. 13 Tarifteil der AVB-G*

- (2) Der Versicherte und der als empfangsberechtigt benannte Mitversicherte (§ 9 Abs. 6) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist der Versicherte bzw. der Mitversicherte verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Der Versicherte bzw. der Mitversicherte hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für einen Versicherten oder einen Mitversicherten bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht ein Versicherer oder ein Mitversicherter von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherte verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden. Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung des Versicherers.

---

## § 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

---

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 10 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer eine Versicherung, die nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

- (3) Die Kenntnis und das Verschulden des Mitversicherten stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherten gleich.

## § 12 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherte oder ein Mitversicherter Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus der Versicherung Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherte oder der Mitversicherte hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherte oder der Mitversicherte vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherten oder dem Mitversicherten ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 13 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## § 14 Ende der Versicherung

- (1) Die Versicherungen der Versicherten bzw. Mitversicherten enden durch
- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages,
  - Ausscheiden aus dem versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreis,
  - Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts in das außereuropäische Ausland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird; der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln. § 3 Abs. 5 Satz 2 und 3 gelten dann entsprechend,  
*Tarif KGZ: es gilt Nr. 4.3 Tarifteil der AVB-G*
  - Tod,
  - außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt des Versicherers; die vorgenannten Rechtsbehelfe können auch gegenüber dem Versicherten geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherte kann sich und/oder Mitversicherte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (§ 5

Abs. 4) mit einer Frist von drei Monaten von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag abmelden. Die Abmeldung kann auf einzelne mitversicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Scheidet der Versicherte aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, so enden gleichzeitig die Versicherungen der -mitversicherten Personen.

Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn der Versicherte nachweist, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.

- (3) Wird ein Versicherter bzw. ein Mitversicherter kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherte binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Aufhebung einer Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Die Aufhebung kann nicht verlangt werden, wenn der Versicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht er von seinem Recht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherte die Aufhebung der Krankheitskostenversicherung oder einer dafür bestehenden Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende der Versicherung 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) Hat eine Vereinbarung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherte die Aufhebung der betroffenen Versicherungen binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens verlangen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherte die Aufhebung der betroffenen Versicherungen – auch für Mitversicherte – innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung verlangen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherte die Aufhebung der Versicherung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung verlangen.
- (6) Das Aufhebungsverlangen nach den Absätzen 3 bis 5 ist nur wirksam, wenn der Versicherte nachweist, dass die betroffenen Mitversicherten von der Aufhebungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (7) Der Versicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Mitversicherte oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.



- (8) Dient die Versicherung der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Abmeldung nach Absatz 2 bzw. die Aufhebung nach den Absätzen 4, 5 und 7 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 Abmeldung bzw. die Aufhebung wird nur wirksam, wenn der Versicherte innerhalb von zwei Monaten nach der Abmeldungs- bzw. Aufhebungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Abmeldung bzw. Aufhebung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Abmeldungs- bzw. Aufhebungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
- (9) Bei Beendigung einer Krankheitskostenvollversicherung (nicht bei alleiniger Beendigung von Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung) nach den Absätzen 2, 4, 5 und 7 und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherte verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Versicherungen.
- (10) Bestehen bei Beendigung der Versicherung Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherte bzw. der Mitversicherte das Recht, eine nach den Absätzen 2 bis 5 und 7 beendete Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern der Versicherte bzw. der Mitversicherte die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit noch erfüllt. Ansonsten kann eine solche Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortgesetzt werden.

---

## § 15 Ende des Versicherungsschutzes

---

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – grundsätzlich mit Beendigung der Versicherung (§ 14). Bei Beendigung der Versicherung nach § 14 Abs. 1 a) oder b) wird jedoch für schwebende Versicherungsfälle bis zur Höchstdauer von vier Wochen weitergeleistet.

---

## § 16 Fortführung als Einzelversicherung

---

- (1) In den Fällen des § 14 Abs. 1 a) oder b) können die Versicherten bzw. die Mitversicherten, in den Fällen des § 14 Abs. 1 d), Abs. 2 bis 5 können die Mitversicherten verlangen, die Versicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Die Versicherten bzw.

Mitversicherten sind in den Fällen des § 14 Abs. 1 a) über die Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages und ihr Recht nach Satz 1 vom

Versicherer in Textform zu informieren. Das Recht nach Satz 1 endet zwei Monate nach dem Zeit-

punkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

- (2) Bei der Fortführung als Einzelversicherung wird der Zeitraum, in welchem der Versicherte bzw. der Mitversicherte im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf die Fristen und Wartezeiten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife der Einzelversicherung angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung berücksichtigt.

---

## § 17 Beiträge, Beitragsberechnung

---

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Fälligkeit des Beitrags richtet sich nach den mit dem Versicherungsnehmer im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen. Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats, ist für den ersten Versicherungsmonat nur der anteilige Betrag des monatlichen Beitrags zu zahlen. Der erste Versicherungsmonat beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Versicherungsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag. Diese Definition findet auch dann Anwendung, wenn Fristen und Termine, die in den Tarifen geregelt sind, auf Versicherungsmonate abstellen.

- (2) Wird eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherte kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

- (3) Wird die Versicherung vor Ablauf ihrer Laufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Laufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird die Versicherung durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

- (4) Der Beitrag wird bei Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag nach dem Eintrittsalter des Versicherten bzw. des Mitversicherten festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

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

- (6) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensal-

tersgruppe) des Versicherten bzw. des Mitversicherten berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter des Versicherten bzw. des Mitversicherten dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens des Versicherten bzw. des Mitversicherten ist jedoch während der Dauer der Versicherung ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

- (7) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (8) Liegt bei einer Änderung des Versicherungsschutzes ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
- (9) Ist der Versicherte bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherte hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen der Versicherung ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht die Versicherung ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange die Versicherung ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen der Versicherung tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherte bzw. der Mitversicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird die Versicherung ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherte bzw. der Mitversicherte vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherte bzw. der Mitversicherte so zu stellen, wie der Versicherte bzw. der Mitversicherte vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherte bzw. der Mitversicherte vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (10) Bei anderen als den in Absatz 9 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

---

#### **§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung**

---

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherten folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherten angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherten mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

---

#### **§ 19 Wechsel in den Standardtarif**

---

- (1) Der Versicherte kann verlangen, dass er bzw. Mitversicherte, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für den Versicherten bzw. Mitversicherten keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherten auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Versicherungen.

---

#### **§ 20 Wechsel in den Basistarif**

---

Der Versicherte kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung (nicht bei alleinigem Abschluss von Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung) nach dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person

das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

---

## § 21 Gerichtsstand

---

- (1) Für Klagen gegen den Versicherten ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherte nach Abschluss des Versicherungsvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

---

## § 22 Willenserklärungen und Anzeigen

---

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

## Anhang

### Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

#### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

#### § 19 Anzeigepflicht

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

Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

#### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

#### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

#### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in



Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

### § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigten ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigten sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

### § 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG)

### § 12 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muß,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist.
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 139 Abs. 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
  2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.
- Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten

Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

### § 12h Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwunderstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

## Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) in der Fassung bis 31.12.2008

### § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages

der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.

## Lebenspartnerschaftsgesetz

### § 1 Form und Voraussetzungen

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

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

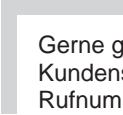
(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;



3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

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



Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie  
Rufnummer)

## Ergänzungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Tarife **BME, BMK, BMZ1, BMZ2, BMUNI, BMG, BMZ1G, KTC, KTN2, KTAG, KDT, KDT50/85, KDBE, KNHB, KSHR, KHMR, KAZM, KAMP, UZ1/2, KS1/2, PTG, PZU100, KKHT, KKUR und KBCK**

Sehr geehrte Versicherte,  
sehr geehrter Versicherter,

mit Ihrer Beitrittserklärung haben Sie sich zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag angemeldet. Dies ist für Sie mit vielen Vorteilen verbunden. Zum Beispiel ist der zu zahlende Beitrag **günstiger** als im entsprechenden Tarif der Einzelversicherung. Darüber hinaus bestehen grundsätzlich **keine Wartezeiten**.

Im Rahmen dieses Gruppenvertrages gelten die vereinbarten AVB mit folgenden Besonderheiten:

### 1. Gruppenversicherungsvertrag

Wir haben den Gruppenversicherungsvertrag mit dem jeweiligen Gruppenvertragspartner geschlossen. Dieser gilt im Rahmen dieses Vertrages als Versicherungsnehmer. Sie als Versicherter haben aber einen unmittelbaren Anspruch auf unsere Versicherungsleistungen. In den beiliegenden AVB sprechen wir Sie daher direkt als Versicherungsnehmer an. Zudem erhalten Sie einen Auszug aus dem Gruppenversicherungsvertrag mit den für Sie relevanten Bestimmungen.

### 2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 2.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem in Ihrem Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Bei den Tarifen KBCK, KDT, KKHT, KKUR und UZ1/2 müssen zusätzlich die Wartezeiten abgelaufen sein.
- 2.2 Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, gilt abweichend von den AVB Folgendes: Sie fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Für die Tarife UZ1/2, PTG, PZU100, KKHT, KKUR und KBCK gelten diese Regelungen nicht. Es gelten stattdessen Nr. 1.4 AVB der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR, Teil 1 Nr. 9.2 AVB des Tarifs PTG, Teil 1 Nr. 6.2 AVB des Tarifs PZU100, Teil 1 Nr. 5.2 AVB des Tarifs KBCK mit folgender Besonderheit: Es kommt nicht auf den Abschluss des Vertrages an, sondern auf den Zeitpunkt, in welchem die Beitrittserklärung zugeht.
- 2.3 In der Krankheitskostenversicherung gilt für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die derzeitige Schwangerschaft (einschließlich einer etwaigen Früh- oder Fehlgeburt), der Schwangerschaftsabbruch, schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen, Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen. Diese Regelung gilt nicht für Tarif UZ1/2.

### 3. In welchem Umfang besteht der Versicherungsschutz?

- 3.1 Wir übernehmen für alle versicherbaren Personen, für die eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- 3.2 Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den AVB, dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- 3.3 Bei erhöhten Risiken können wir einen Ausschluss für bestimmte Leistungen festlegen oder einen Risikozuschlag erheben. Lehnen Sie die Zahlung des Risikozuschlags ab, gilt Folgendes: Für die Krankheiten und Unfallfolgen, für die wir den Risikozuschlag verlangt haben, besteht kein Versicherungsschutz. Diese Regelung gilt nicht für die Tarife KSHR, UZ1/2, KKHT, KKUR, KDT und KBCK. Für die Tarife PTG und PZU100 können Sie die Zahlung eines Risikozuschlags nicht ablehnen.
- 3.4 Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge können auf Ihren Antrag entfallen. Voraussetzung ist, dass für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Der Entfall wird dann zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt.
- 3.5 Es gilt folgender Höchstsatz für die Krankenhaustagegeldversicherung: Insgesamt können Sie bei uns maximal 65 EUR Krankenhaustagegeld versichern.

- 3.6 Es gelten folgende Höchstsätze für die Kranken- und Pfl egetagegeldversicherung:  
**Tarife KTC, KTAG:** Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.  
**Tarif KTN2:** Für den 55 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 300 EUR Krankentagegeld versichern. Für Freiberufler gelten abweichend folgende Höchstsätze: Für den 280 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.  
**Tarif PTG:** Insgesamt können Sie bei uns maximal 150 EUR Pfl egetagegeld versichern.
- 4. Gibt es Wartezeiten?**  
Es gibt - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR, KDT und KBCK - keine Wartezeiten.
- 5. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?**  
Es gelten die Regelungen der vereinbarten AVB, soweit sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben.
- 6. Welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es und wann endet der Versicherungsschutz?**
- 6.1 Eine Mindestversicherungsdauer gibt es - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR und KBCK - nicht.
- 6.2 Sie können sich von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestversicherungsdauer. Ihre Abmeldung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Frist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auch auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Scheiden Sie aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.
- 6.3 In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir abweichend von den AVB auf unser ordentliches Kündigungsrecht.
- 6.4 Die Versicherung endet bei
- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw.
  - Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.
- In der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Kurtagegeldversicherung sowie in der Pflegezusatzversicherung besteht in diesen Fällen für schwebende Versicherungsfälle weiter Versicherungsschutz. Dieser endet spätestens vier Wochen nach der Beendigung der Versicherung.
- 6.5 In der Krankentagegeldversicherung gelten folgende Besonderheiten:
- Kündigen wir den Gruppenvertrag, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach der Beendigung.
  - Besteht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Die Versicherung besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Sie endet aber spätestens 52 Wochen nach Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit.
  - Sie haben einen Anspruch auf Umwandlung in eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn die Krankentagegeldversicherung wegen Entfall der Versicherungsfähigkeit beendet wird. Dies gilt auch bei Beendigung wegen des Bezugs von Altersrente bzw. V ollendung des 70. oder 75. Lebensjahres. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person länger als drei Monate versichert war. Die Umwandlung ist nur zulässig, wenn dadurch das bei uns insgesamt versicherte Krankenhaustagegeld einen Tagesgeldsatz von 65 EUR nicht übersteigt. Sie müssen den Antrag auf Umwandlung spätestens bis zum Ablauf des zweiten Monats nach Beendigung der Versicherung stellen.
- 6.6 Die weiteren Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den vereinbarten AVB.
- 7. Wann kann die Versicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden?**
- 7.1 Endet die Versicherung besteht folgender Anspruch: Sie bzw. die betroffene mitversicherte Person können die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung rechnen wir an. Bei einer Beendigung des Gruppenvertrages informieren wir Sie bzw. die mitversicherte Person über das Fortführungsrecht. Dieses endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem Sie bzw. die mitversicherte Person von diesem Recht erfahren haben. Das Fortführungsrecht gilt nicht, wenn die Versicherung durch außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt beendet wurde.
- 7.2 Die Zeit, in welcher im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages eine ununterbrochene Versicherung bestand, berücksichtigen wir wie folgt: Wir rechnen sie auf die Fristen und Wartezeiten der beantragten Tarife in der Einzelversicherung an.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG



## Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

### **Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG**

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

#### **Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung**

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

#### **Prinzipien der privaten Krankenversicherung**

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluß sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.<sup>1</sup> Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

<sup>1</sup> Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

## Konzerngesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungs-Verfahren nutzen

DKV Deutsche Krankenversicherung AG D.A.S. Deutscher Automobil Schutz Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG	ERGO Versicherung AG ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG	ERGO Direkt Krankenversicherung AG ERGO Direkt Versicherung AG ERGO Direkt Lebensversicherung AG	ERGO Pensionskasse AG Victoria Lebensversicherung AG Vorsorge Lebensversicherung AG
---	---	--	---

## Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Versicherungsgruppe AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
	T-Systems	Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	FWS Fieldwork Services GmbH	Kundenzufriedenheitsbefragungen
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Almeda GmbH	In- und Outbound-Telefonie
	Inter Assistance GmbH	Assistanceleistungen
	Inter Partner Assistance Service GmbH	Assistanceleistungen
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
D.A.S. Deutscher Automobil Schutz Allgemeine Rechtsschutz-Versicherungs-AG	D.A.S. Rechtsschutz Leistungs-GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	Legial AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	Legal Net GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
ERGO Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG ERGO Pensionskasse AG Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG ERGO Pensionsfonds AG	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG	VORSORGE Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung
ERGO Lebensversicherung AG Victoria Lebensversicherung AG ERGO Pensionskasse AG ERGO Pensionsfonds AG Vorsorge Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen

## Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleistungskategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outbound-Telefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Assisteure	Assistanceleistungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
	Inkassounternehmen	Forderungseinzug
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Dokumenten-Management	Aufbereiten, Sortieren und Scannen von Eingangspost
	Archivierung	Archivierung von Akten
	Sachverständige	Unterstützung bei der Schadensregulierung
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Kooperationspartner im Hilfsmittelbereich	Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln