

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.

Wir zahlen Krankentagegeld in vereinbarter Höhe für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall. Sie können ein Krankentagegeld bis zu 100% des Nettoeinkommens vereinbaren. 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 der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungsdauer im Versicherungsfall ist unbefristet. Für Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit gilt: Hat der Arbeitgeber diese bei der Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, fassen wir diese bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammen.	Alle drei Jahre ist eine Erhöhung des Krankentagegeldes anhand der allgemeinen Einkommensentwicklung möglich. Dafür muss ein Krankentagegeld von mindestens 25 Euro 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. 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. Wir zahlen das Krankentagegeld auch bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Zusage. 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. Gern geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).
--	---

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen	Seite
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?	5
5. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	5
6. Gilt der Versicherungsschutz in Deutschland auch außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltes?	5
7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	5
8. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?	6
9. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	6
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
Teil 2 Sonstige Bestimmungen	
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?	8
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?	9
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. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	10
13. Welche Gerichte sind zuständig?	10

Teil 1 Unsere Leistungen

1.	Was ist versichert?
1.1	Wir bieten Versicherungsschutz gegen Verdienstausschlag wegen Arbeitsunfähigkeit, soweit diese auf einer Krankheit oder einem Unfall beruht.
1.1.1	Im Versicherungsfall zahlen wir für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: • Medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und • ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit während dieser Heilbehandlung.
1.1.2	Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht und eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist.
1.1.3	Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so zahlen wir das Krankentagegeld nur einmal.
1.1.4	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.

- 1.2 Versicherungsfall ist auch der Verdienstausschlag der weiblichen Versicherten, der während der Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes sowie am Entbindungstag entsteht. Voraussetzung ist, dass die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten alle Bestimmungen dieser AVB sinngemäß, soweit sich aus den folgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben. Die Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes sind in § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes geregelt.
- 1.2.1 Wir zahlen für die Dauer dieser Schutzfristen und für den Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang. Die Leistungsausschlüsse nach Teil 1 Nr. 3 bleiben dabei außer Betracht. Soweit der versicherten Person für diesen Zeitraum ein Anspruch auf anderweitigen angemessenen Ersatz für den verursachten Verdienstausschlag zusteht, gilt: Wir rechnen diesen auf das vereinbarte Krankentagegeld an. Als Ersatzleistungen kommen insbesondere folgende Ansprüche in Betracht:
- Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz.
 - Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Krankentagegeld ist oder wird, gilt: Wir zahlen das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe.
- 1.2.2 Für das für die Dauer der Mutterschutzfristen und für den Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld gilt: Es darf zusammen mit den Ersatzleistungen nach Nr. 1.2.1 den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag nicht übersteigen. Als Verdienstausschlag gilt das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist. Diese ergibt sich aus § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.
- 1.2.3 Sie müssen uns den Eintritt und die Dauer der gesetzlichen Mutterschutzfristen sowie den Tag der Entbindung nachweisen. Die Kosten für die Nachweise tragen Sie.
- 1.2.4 Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

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 | • 127. Tag |
| • 64. Tag | • 169. Tag |
| • 85. Tag | • 183. Tag |
| • 92. Tag | • 274. Tag |
| • 106. 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 Verdienstausschlags.
- 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 Krankengeldes 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),
- bei Wartezeiten (vgl. Teil 1 Nr. 5),
- bei Aufenthalten außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltes in Deutschland (vgl. Teil 1 Nr. 6),
- bei Aufenthalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 7),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5).

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). 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).
- 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).
- 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. Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

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

- 9.1 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.
- 9.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- 9.3 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 Euro 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 Euro 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 angeratene 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).
 - 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) 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 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Alterwerdens 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 Euro 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 bzw. Teil 2 Nr. 7.1) 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), 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) 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). 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. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

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

13. 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.