

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung Tarif KTOG

FÜR ARBEITNEHMER,
DIE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV) VERSICHERT SIND

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 von 5, 10, 15, 20, 25 oder 30 Euro vereinbaren. Die Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes ist abhängig vom Bruttoeinkommen der versicherten Person.</p> <p>Leistungsbeginn ist der 43. Tag der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit. Versicherungsfähig sind daher nur Personen, die einen Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts im Krankheitsfall für genau 42 Tage haben.</p> <p>Die Leistungsdauer wegen derselben Krankheit ist auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren befristet.</p> <p>Für Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit gilt: Hat der Arbeitgeber diese bei der Entgeltfortzahlung berechnungsweise zusammengerechnet, fassen wir diese bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammen.</p>	<p>Wir zahlen das Krankentagegeld auch bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme während der Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Zusage.</p> <p>Für die Dauer einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir das Krankentagegeld weiter, längstens für 182 Tage. Der Versicherungsvertrag wird für 60 Monate (Monat des Versicherungsbeginns und die nachfolgenden 59 Kalendermonate) abgeschlossen.</p> <p>Gern geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).</p>
--	--

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?	4
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 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
Teil 2 Sonstige Bestimmungen	
1. Wer kann versichert werden?	5
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	6
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	6
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	6
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	7
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	7
7. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?	7
8. Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie und welche Rechte bestehen bei einer Kündigung?	7
9. Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?	7
10. Welche sonstigen Beendigungsgründe gibt es und welche Rechte bestehen bei einer solchen Beendigung?	8
11. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	8
12. Welche Gerichte sind zuständig?	9

Teil 1 Unsere Leistungen

-
- 1. Was ist versichert?**
-
- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall 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:
- Medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und
 - ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit während dieser Heilbehandlung.
- 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 dem 43. Tag der jeweiligen vollständigen Arbeitsunfähigkeit – jedoch nicht vor Ablauf der Entgeltfortzahlung – Krankentagegeld in vertraglicher Höhe. Das Krankentagegeld zahlen wir auch für Sonn- und Feiertage.

Wir zahlen das Krankentagegeld wegen derselben Krankheit für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Die Frist von 78 Wochen beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Zeiten, in denen die Zahlung des Krankentagegeldes ruht, rechnen wir auf die Frist an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, verlängert sich die Leistungsdauer nicht.

Falls Sie wegen derselben Krankheit im letzten Dreijahreszeitraum das Krankentagegeld für die Höchstdauer von 78 Wochen erhalten haben, gilt: Ein neuer tariflicher Anspruch auf Krankentagegeld wegen dieser Krankheit kann nur dann entstehen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person war in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig und
- sie war in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate entweder erwerbstätig oder stand der Arbeitsvermittlung zur Verfügung.

2.2 Für den Beginn der 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 Entgeltfortzahlung 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 Entgeltfortzahlung und dem passend vereinbarten Leistungsbeginn keine Lücke entsteht.

2.3 Zahlen wir Krankentagegeld auch bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit?

Bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir das Krankentagegeld weiter. Wir zahlen es innerhalb der Höchstleistungsdauer von 78 Wochen für längstens 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.

2.4 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:

2.5 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.

2.6 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.

2.7 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.

2.8 Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass in diesem Zeitraum kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers besteht. Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich über eine dauerhafte Verlängerung der Entgeltfortzahlung zu informieren. Bei einer Verlängerung der Entgeltfortzahlung endet die Versicherung.

Höhe des Krankentagegeldes:

2.9 Die Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes ist abhängig vom Bruttoeinkommen der versicherten Person. Als Bruttoeinkommen gilt das in der GKV beitragspflichtige Bruttoeinkommen. Maßgeblich ist das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate vor Stellung des Antrags auf Abschluss dieser Versicherung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Dabei berücksichtigen wir z.B. auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld. Versicherbar sind zusätzlich zum Krankengeldanspruch gegenüber der GKV:

Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate	Versicherbares Krankentagegeld
bis 2.099 Euro	max. 10 Euro
ab 2.100 bis 2.799 Euro	max. 15 Euro
ab 2.800 bis 3.699 Euro	max. 20 Euro
ab 3.700 bis 4.125 Euro	max. 25 Euro
ab 4.126 Euro	max. 30 Euro

Sonstige Krankentagegelder rechnen wir bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes an.

- 2.10 Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn sich das Bruttoeinkommen über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten verringert. Wann liegt eine solche Verringerung vor? Dies ist dann der Fall, wenn das versicherte Krankentagegeld aufgrund der Verringerung des Bruttoeinkommens das nach der Tabelle maximal versicherbare Krankentagegeld übersteigt.

Beispiel:

Das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen beträgt bei Antragstellung 3.900 Euro. Vereinbart wird ein Krankentagegeld von 25 Euro. Aufgrund einer Reduzierung der Arbeitszeit verringert sich das maßgebliche Bruttoeinkommen später auf 2.500 Euro. Versicherbar ist entsprechend der Tabelle ein Krankentagegeld von maximal 15 Euro.

Wir können das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend herabsetzen, wenn sich das Bruttoeinkommen über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten verringert. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Für die Berechnung des verminderten Krankentagegeldes gilt: Wir berücksichtigen die letzten 12 Monate bevor wir von der Verringerung des Bruttoeinkommens erfahren haben. Bei bereits eingetretener Arbeitsunfähigkeit stellen wir auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit ab. Minderungen des Bruttoeinkommens wegen Arbeitsunfähigkeit oder wegen eines Beschäftigungsverbotens aufgrund von Schutzvorschriften führen nicht zu einer Herabsetzung des Krankentagegeldes. Die Herabsetzung wird zu Beginn des zweiten Kalendermonats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Herabsetzung erhalten haben, wirksam. Bis dahin bleibt das Krankentagegeld in der bisherigen Höhe bestehen, auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit. Sie können die Versicherung in Höhe des weggefallenen Krankentagegeldes als Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

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, Seite 2 ff.).

Wir leisten jedoch nicht für Arbeitsunfähigkeit

- wegen Krankheiten und Unfällen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 24 Monaten vor Stellung des Antrags auf Abschluss dieser Versicherung insgesamt mindestens 21 Tage arbeitsunfähig war.

Diese Einschränkung gilt nur, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

Der Versicherungsfall tritt innerhalb von 24 Monaten seit Versicherungsbeginn (vgl. Teil 1 Nr. 4.1 Satz 1, Seite 4) ein. Zudem steht er mit den Krankheiten oder Unfällen, wegen derer die versicherte Person insgesamt mindestens 21 Tage arbeitsunfähig war, in ursächlichem Zusammenhang.

- 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 die drei folgenden 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.
- wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- 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 5),
- 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 6),
- 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 Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes.

- 4.3 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 7 bis 10, Seite 7 f.). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist (schwebende Versicherungsfälle). In diesen Fällen besteht aber folgende Besonderheit: Endet die Versicherung mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer von 60 Monaten gilt: Der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle endet 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.

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 stationären Rehabilitationsmaßnahmen während der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Teil 1 Nr. 2.4, 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.

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 eine Abschlagszahlung. 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.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?

- 1.1 Versicherungsfähig sind Arbeitnehmer, wenn die folgenden Voraussetzungen alle erfüllt sind:
Die versicherte Person
- ist in der deutschen GKV versichert.
 - 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 die-

sem Fall müssen Sie uns dies innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses mitteilen.

- hat einen Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts im Krankheitsfall für genau 42 Tage.
- 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 einer
- Altersrente,
 - Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers,
 - Rente wegen voller Erwerbsminderung.

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. 2.7, 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 Leistungsumfanges 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 Auskunft- 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. Sie zahlen 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 Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

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 AVB ändern?

- 6.1 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.
- 6.2 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.

7. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag wird für 60 Monate (Monat des Versicherungsbeginns und die nachfolgenden 59 Kalendermonate) abgeschlossen. Die Versicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Sie endet mit Ablauf des 59. Kalendermonats, der auf den Monat des Versicherungsbeginns folgt. Eine Verlängerung ist nicht möglich.

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

- 8.1 Sie können Tarif KTOG zum Ende des dritten oder zum Ende des vierten Versicherungsjahres kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Tarif KTOG auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet mit Ablauf des elften darauf folgenden Monats. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils am Ersten des Monats, der auf den Ablauf des ersten Versicherungsjahres folgt.
- 8.2 Sie können die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen, wenn wir die Leistungen herabsetzen. Dies ist bei einer Verminderung des Bruttoeinkommens bzw. bei einer Änderung der AVB (vgl. Teil 1 Nr. 2.10, Seite 4 bzw. Teil 2 Nr. 6.1, Seite 7) möglich. Ihre Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach unserer Mitteilung in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Sie wird dann zum Zeitpunkt der Änderung wirksam. Setzen wir das Krankentagegeld wegen einer Verminderung des Bruttoeinkommens herab, haben Sie auch folgende Möglichkeit: Sie können die Versicherung in Höhe des weggefallenen Krankentagegeldes als Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.
- 8.3 Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 8.4 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.

9. Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

Wir können Tarif KTOG nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7).

Die Kündigung können wir auf einzelne versicherte Personen beschränken.

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

10.1 Die Versicherung der versicherten Person endet

- a) bei Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (vgl. Teil 2 Nr. 1.1, Seite 5). 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,
 - einer Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers,
 - einer Rente wegen voller Erwerbsminderung
- und vergleichbarer beamtenrechtlicher Versicherungen, spätestens mit dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters der versicherten Person.

- 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.

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

- Berufsunfähigkeit (vgl. Teil 2 Nr. 10.1 b), Seite 8),
- Rentenbezug wegen Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder voller Erwerbsminderung und vergleichbarer beamtenrechtlicher Versicherungen (vgl. Teil 2 Nr. 10.1 c), Seite 8),
- Herabsetzung des Krankentagegeldes wegen vorübergehender Verminderung des Bruttoeinkommens (vgl. Teil 1 Nr. 2.10, Seite 4).

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.

10.3 Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit können Sie die Fortsetzung der Versicherung in diesem Krankentagegeldtarif verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person weiterhin die Versicherungsfähigkeit erfüllt.

11. 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.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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.

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.