

Inhaltsverzeichnis



TARIF KTBU UND ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB/KTKG 2018)

Tarif KTBU

	Seite
1. Versicherungsfähigkeit	2
2. Versicherbares Krankentagegeld	2
3. Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	2
4. Leistungen bei Mutterschutz für Selbstständige	2
5. Leistungsausschlüsse	2
6. Leistungsanpassung	2

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/KTKG 2018)

	Seite
Versicherungsschutz	
§ 1 Gegenstand der Versicherung	4
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	4
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	4
§ 4 Wartezeiten	4
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	4
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslands- aufenthalten	4
Leistungen des Versicherers	
§ 7 Krankentagegeld als Ersatz des Verdienstausfalls	5
§ 8 Karenzzeiten	5
§ 9 Nettoeinkommen	5
§ 10 Herabsetzung des Krankentagegelds durch den Versicherer bei gesunkenem Einkommen	6
§ 11 Änderung des Krankentagegelds durch den Versicherungsnehmer	6
§ 12 Anrechnung anderer Leistungen	7
§ 13 Leistungsvoraussetzungen	7
§ 14 Leistungsausschlüsse	7
§ 15 Auszahlung des Krankentagegelds	7
§ 16 Verpfändung	7
§ 17 Auskunftsrechte	8
§ 18 Überschussbeteiligung/ Beitragsrückerstattung	8
Beiträge	
§ 19 Fälligkeit und Zahlungsweise	8
§ 20 Berechnung der Beiträge	8
4. Leistungen bei Mutterschutz für Selbstständige	2
5. Leistungsausschlüsse	2
6. Leistungsanpassung	2
§ 21 Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug	9
§ 22 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug	9
§ 23 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung	9
Änderungen des Versicherungsvertrags	
§ 24 Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag	10
§ 25 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen	10
§ 26 Tarifwechsel	10
Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
§ 27 Allgemeines	11
§ 28 Obliegenheiten	11
§ 29 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	11
Dauer und Ende der Versicherung	
§ 30 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	12
§ 31 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	12
§ 32 Kündigung durch den Versicherer	13
§ 33 Beendigung, Unterbrechung und Fortsetzung der Versicherung	13
Weitere Regelungen	
§ 34 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	14
§ 35 Anwendbares Recht	14
§ 36 Gerichtsstand	14
§ 37 Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Person	14
§ 38 Verjährung	14
Streitschlichtungsstellen	15

Der Tarif KTBU bietet erwerbstätigen Personen mit Anspruch auf Krankengeld in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzenden Verdienstausfallschutz, der die Leistungen der GKV aufstockt. Er ist ein nach Art der Lebensversicherung kalkulierter Tarif, in dem Alterungsrückstellungen gebildet werden. Der Tarif KTBU gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KTKG 2018).

1. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig nach Tarif KTBU sind erwerbstätige Personen, die in der GKV mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V versichert sind. Bei Versicherungsbeginn im Tarif KTBU muss für die zu versichernde Person zudem bei der Generali Deutschland Lebensversicherung AG im Rahmen des Vermögensaufbau & Sicherheitsplans (VASP / VASPN) eine Berufsunfähigkeitsabsicherung mit Anspruch auf Rentenzahlung, jedoch ohne die Komponente BU-Extra bestehen.
2. Versicherbares Krankentagegeld	Das vereinbarte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Netto-Krankengeld der GKV (Krankengeld abzüglich Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung) und weiteren Krankentagegeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Nettoeinkommen nicht übersteigen. Als Krankentagegeld können ganzzahlige Vielfache von 1,00 EUR versichert werden.
3. Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	Der Versicherer ersetzt den als Folge von Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch Zahlung des vereinbarten Krankentagegelds. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund eigener Krankheit oder selbst-erlittenen Unfalls <ul style="list-style-type: none">- ihre berufliche Tätigkeit nicht oder als Arbeitnehmer lediglich im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 74 SGB V oder § 28 SGB IX ausübt,- keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht und- Krankengeld der GKV nach § 44 SGB V oder § 44a SGB V bezieht. Dem Bezug von Krankengeld steht der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 45 SGB VII, Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung bei medizinischer Rehabilitation nach § 45 Abs. 2 SGB IX und Versorgungskrankengeld nach § 16 bis 16h Bundesversorgungsgesetz sowie entsprechende Zahlungen durch berufsständische Versorgungswerke gleich. Der Bezug der genannten Leistungen muss durch Bescheinigungen der GKV bzw. des anderen gesetzlichen Leistungsträgers nachgewiesen werden (vgl. § 13 Abs. 2 AVB/KTKG 2018).
4. Leistungen bei Mutterschutz für Selbstständige	Der Versicherer ersetzt selbstständig tätigen weiblichen Versicherten durch Zahlung des vereinbarten Krankentagegelds den Verdienstausfall, der dadurch entsteht, dass die versicherte Person während der Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag (Mutterschutzfristen) nicht oder nur eingeschränkt tätig ist. Leistungsvoraussetzung ist der Bezug von Mutterschaftsgeld nach § 24i SGB V. Dieser muss durch Bescheinigung der GKV nachgewiesen werden.
5. Leistungsausschlüsse	Keine Leistungspflicht besteht für Zeiten, für die die versicherte Person <ul style="list-style-type: none">- Krankengeld nach § 45 SGB V wegen Erkrankung ihres Kindes- ausschließlich Krankengeld aus einem Wahltarif der GKV nach § 53 SGB V- Arbeitslosengeld I nach SGB III (ALG I) oder Unterhaltsgeld gemäß Arbeitsförderungsgesetz bezieht. Keine Leistungspflicht besteht außerdem für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen vorsätzlich selbst herbeigeführter Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
6. Leistungsanpassung	Allgemeine Leistungsanpassung Das Krankentagegeld erhöht sich alle 24 Monate um 3,00 EUR, sofern es damit 30,00 EUR nicht übersteigt. Diese Erhöhung findet erstmals im ersten Halbjahr des übernächsten auf den Versicherungsbeginn folgenden Kalenderjahres statt. Bei mehreren in einem Vertrag versicherten Personen richtet sich der Zeitpunkt der allgemeinen Leistungsanpassung für alle Personen nach der Person, die zuerst nach einem Zusatz-Krankentagegeldtarif mit allgemeiner Leistungsanpassung versichert war. Die Erhöhung wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit vorgenommen. Die für den bisherigen Versicherungsschutz nach Tarif KTBU vereinbarten Risikozuschläge bzw. Leistungsbeschränkungen gelten entsprechend auch für die Erhöhung. Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Leistungsanpassung an das erhöhte Krankentagegeld gezahlt.

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Leistungsanpassung informiert. Die Leistungsanpassung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer sie nicht spätestens zwei Monate nach Wirksamwerden in Textform abgelehnt hat.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinanderfolgende Leistungsanpassungen abgelehnt, erlischt der Anspruch auf künftige allgemeine Leistungsanpassungen.

Individuelle Leistungsanpassung

Daneben besteht das Recht auf Heraufsetzung des Krankentagegelds nach § 11 Abs. 1 AVB/KTKG 2018.

Allgemeine Versicherungsbedingungen



FÜR DIE KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG (AVB/KTKG 2018)

Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand der Versicherung

(1) Allgemeines

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall

- als Folge von Arbeitsunfähigkeit, die durch Krankheit oder Unfall verursacht wird sowie
- während der Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag (Mutterschutzfristen).

(2) Versicherungsfall

- a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- b) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der selbstständig tätigen weiblichen versicherten Person, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag (Mutterschutzfristen) entsteht, wenn die versicherte Person in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist.

(3) Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die in Nr. 3 des Tarifs aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 2

Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem vereinbarten Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KTKG 2018), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.

§ 3

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit nach § 4. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4

Wartezeiten

Für das Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen (vgl. Nr. 4 des Tarifs) besteht keine Leistungspflicht für die ersten acht Monate nach Versicherungsbeginn (Wartezeit).

Im Übrigen gelten keine Wartezeiten.

§ 5

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Beendigungsgründe und -zeitpunkte sind in §§ 31 bis 33 geregelt.

§ 6

Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten

(1) Geltungsbereich

Es besteht Versicherungsschutz in Deutschland. Bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland besteht weltweiter Versicherungsschutz.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland gilt § 33 Abs. 7.

Leistungen des Versicherers

§ 7

Krankentagegeld als Ersatz des Verdienstausfalls

(1) Krankentagegeld wegen Arbeitsunfähigkeit

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankentagegeld zum Ersatz des Verdienstausfalls, der als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit entsteht.

(2) Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen

Der Versicherer zahlt das vereinbarte Krankentagegeld zum Ersatz des Verdienstausfalls selbstständig tätiger weiblicher Versicherter für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie den Entbindungstag (Mutterschutzfristen).

(3) Zahlung für jeden Kalendertag

Das Krankentagegeld wird für jeden Kalendertag einschließlich Sonn- und Feiertage gezahlt.

(4) Keine Doppelzahlung

Für die Mutterschutzfristen wird das Krankentagegeld auch bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit nur einmal gezahlt.

§ 8

Karenzzeiten

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nicht vor dem Zeitraum, für den Krankengeld oder eine Leistung eines anderen gesetzlichen Leistungsträgers (vgl. Nr. 3 des Tarifs) bzw. Mutter-schaftsgeld (vgl. Nr. 4 des Tarifs) bezogen wird.

Darüber hinaus gelten keine tariflichen Karenzzeiten.

§ 9

Nettoeinkommen

(1) Krankentagegeld und Nettoeinkommen

Das vereinbarte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Netto-Krankengeld der GKV (Krankengeld abzüglich Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung) und ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Nettoeinkommen nicht übersteigen.

(2) Arbeitnehmer

Als Nettoeinkommen von Arbeitnehmern gilt

- der Arbeitslohn (ohne Ersatz von Aufwendungen und Verpflegungszuschüsse)
- abzüglich der einbehaltenen Lohnsteuer und des Solidaritätszuschlags

Zur Ermittlung des Nettoeinkommens ist bei Arbeitnehmern jeweils auf den Zeitraum der letzten 12 Monate abzustellen (Bemessungszeitraum). Fällt in diesen 12-Monats-Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeit, eine Mutterschutzfrist oder eine Unterbrechung nach § 33 Abs. 2, bleiben deren Zeiträume bei der Ermittlung des Nettoeinkommens unberücksichtigt. Der Bemessungszeitraum verlängert sich entsprechend.

Zu Beginn einer neuen beruflichen Tätigkeit ist das nach dem Arbeitsvertrag über einen Zeitraum von 12 Monaten voraussichtlich erzielte Nettoeinkommen maßgebend.

(3) Selbstständige

a) Gewerbetreibende

Als Nettoeinkommen von Gewerbetreibenden gelten

- die Einkünfte aus Gewerbebetrieb nach § 15 EStG
- abzüglich der unter Zugrundelegung des Durchschnittssteuersatzes für diese Einkünfte zu zahlenden Einkommensteuer und des Solidaritätszuschlags und
- abzüglich der zu zahlenden Gewerbesteuer

b) Freiberufler und andere Selbstständige im Sinne von § 18 EStG

Als Nettoeinkommen von Freiberuflern und anderen Selbstständigen gelten

- die Einkünfte aus selbstständiger Arbeit nach § 18 EStG
- abzüglich der unter Zugrundelegung des Durchschnittssteuersatzes für diese Einkünfte zu zahlenden Einkommensteuer und des Solidaritätszuschlags

c) Land- und Forstwirte

Als Nettoeinkommen von Land- und Forstwirten gelten

- die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 EStG
- abzüglich der unter Zugrundelegung des Durchschnittssteuersatzes für diese Einkünfte zu zahlenden Einkommensteuer und des Solidaritätszuschlags

Zur Ermittlung des Nettoeinkommens ist bei Selbstständigen jeweils auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr abzustellen (Bemessungszeitraum). Fällt in diesen Bemessungszeitraum eine Arbeitsunfähigkeit, eine Mutterschutzfrist oder eine Unterbrechung nach § 33 Abs. 2, bleiben deren Zeiträume bei der Ermittlung des Nettoeinkommens unberücksichtigt. Stattdessen wird anteilig das Nettoeinkommen des Vorjahres berücksichtigt.

Zu Beginn einer neuen beruflichen Tätigkeit ist das im ersten vollständigen Kalenderjahr voraussichtlich erzielte Nettoeinkommen maßgebend.

§ 10

Herabsetzung des Krankentagegelds durch den Versicherer bei gesunkenem Einkommen

(1) Keine Herabsetzung bei Krankentagegeld bis 30,00 EUR

Bei einem versicherten Krankentagegeld bis einschließlich 30,00 EUR findet keine Herabsetzung nach Abs. 2 statt.

Bei einem versicherten Krankentagegeld von mehr als 30,00 EUR ist eine Herabsetzung nach Abs. 2 möglich, allerdings nicht unter 30,00 EUR.

(2) Absinken des Nettoeinkommens

Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen (§ 9) der versicherten Person, kann der Versicherer das Krankentagegeld herabsetzen. Dabei wird das neue Krankentagegeld so bemessen, dass die Summe aus Krankentagegeld, Krankengeld der GKV und ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern um den gleichen Prozentsatz sinkt wie das Nettoeinkommen.

Liegt der Zeitpunkt des Absinkens des regelmäßigen monatlichen Nettoeinkommens eines Arbeitnehmers (z. B. Gehaltsreduzierung wegen Arbeitszeitverkürzung) innerhalb des Bemessungszeitraums (§ 9), wird das neue Krankentagegeld so bemessen, dass die Summe aus Krankentagegeld, Krankengeld der GKV und ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern um den gleichen Prozentsatz sinkt wie das regelmäßige monatliche Nettoeinkommen.

(3) Herabsetzungserklärung

Die Herabsetzung des Krankentagegelds muss innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnisерlangung vom Absinken des Nettoeinkommens durch den Versicherer erklärt werden. Die Herabsetzung wird vom Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Der Beitrag vermindert sich entsprechend.

Die Herabsetzung kann auch erklärt werden, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

Bis zum Wirksamwerden der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang nicht berührt.

§ 11

Änderung des Krankentagegelds durch den Versicherungsnehmer

(1) Heraufsetzung des Krankentagegelds

Steigt das durchschnittliche Nettoeinkommen (§ 9) der versicherten Person, kann der Versicherungsnehmer das Krankentagegeld heraufsetzen. Dabei kann er das neue Krankentagegeld höchstens so bestimmen, dass die Summe aus Krankengeld, Krankentagegeld und ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern um den gleichen Prozentsatz steigt wie das Nettoeinkommen. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Der Beitrag erhöht sich entsprechend. Die für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarten Risikozuschläge bzw. Leistungsbeschränkungen gelten entsprechend auch für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Es gilt keine erneute Wartezeit.

Bei einer Erhöhung des regelmäßigen monatlichen Nettoeinkommens (z. B. durch Gehaltserhöhung oder Wechsel der Arbeitsverhältnisse) kann ein Arbeitnehmer das neue Krankentagegeld abweichend von Satz 2 auch so bestimmen, dass die Summe aus Krankengeld, Krankentagegeld und ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern um den gleichen Prozentsatz steigt wie das regelmäßige monatliche Nettoeinkommen.

Die Heraufsetzung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Erhöhung des Nettoeinkommens erklärt werden. Die Erhöhung des Nettoeinkommens ist nachzuweisen. Die Heraufsetzung wird zum Beginn des ersten Monats nach Zugang der Heraufsetzungserklärung beim Versicherer wirksam. Sie gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

Die Heraufsetzung ist höchstens auf ein Krankentagegeld möglich, das zusammen mit dem Netto-Krankengeld der GKV und ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Nettoeinkommen nicht übersteigt.

(2) Herabsetzung des Krankentagegelds

Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person, kann der Versicherungsnehmer das Krankentagegeld auch unterjährig herabsetzen. Abs. 1 gilt entsprechend.

Das Recht auf Teilkündigung zum Ende des Versicherungsjahres gemäß § 31 Abs. 1 bleibt unberührt.

(3) Tarifwechsel mit Verkürzung der Karenzzeit

Wechselt die versicherte Person vom Angestellten- in den Selbstständigenstatus, kann der Versicherungsnehmer den Wechsel in bestehende Tarife mit kürzerer Karenzzeit verlangen.

Der Tarifwechsel findet bis zur bisherigen Krankentagegeldhöhe ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten statt, wenn er innerhalb von zwei Monaten nach dem Statuswechsel zum Termin des Statuswechsels beantragt wird.

§ 12 Anrechnung anderer Leistungen	Der Versicherer rechnet Leistungen anderer Leistungsträger nicht auf das Krankentagegeld an.
---	--

§ 13 Leistungsvoraussetzungen	(1) Ärztliche Behandlung Die Zahlung von Krankentagegeld wegen Arbeitsunfähigkeit setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ärztlich behandelt wird.
--	---

(2) Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer durch folgende Unterlagen nachzuweisen:

- Bescheinigung der GKV über den Beginn der Auszahlung des Krankengelds bzw. Bescheid des anderen gesetzlichen Leistungsträgers über den Beginn der Auszahlung der anderen in Nr. 3 des Tarifs genannten Leistung.
- Bescheinigung des behandelnden Arztes („Gelber Schein“) über die laufende Arbeitsunfähigkeit mit genauer Bezeichnung der Krankheit. Von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kindern ausgestellte Bescheinigungen reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Etwaige Kosten der Bescheinigung hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Der Nachweis ist wöchentlich nachträglich zu erbringen, sofern der Versicherer im Versicherungsfall keinen längeren Zeitraum bestimmt.
- Abschlussbescheinigung der GKV, aus der die Dauer der erfolgten Krankengeldzahlung hervorgeht bzw. eine entsprechende Bescheinigung des anderen gesetzlichen Leistungsträgers. Bis zur Vorlage dieser Abschlussbescheinigung wird das Krankentagegeld unter Vorbehalt gezahlt.

(3) Nachweis des Bezugs von Mutterschaftsgeld

Der Bezug von Mutterschaftsgeld nach § 24i SGB V ist dem Versicherer durch Bescheinigung der GKV nachzuweisen.

(4) Weitere Nachweise

Der Versicherer kann zur Feststellung der Leistungspflicht weitere Nachweise anfordern (z. B. medizinische Berichte, Selbstauskunft der versicherten Person).

(5) Fälligkeit der Leistung

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn alle erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

§ 14 Leistungsausschlüsse	Leistungsausschlüsse sind in Nr. 5 des Tarifs geregelt.
--	---

§ 15 Auszahlung des Krankentagegelds	(1) Leistungsempfänger Das Krankentagegeld wird an den Versicherungsnehmer ausgezahlt. Die Auszahlung erfolgt durch Überweisung auf das vom Versicherungsnehmer angegebene Konto. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers wird das Krankentagegeld an die versicherte Person ausgezahlt. Diese Erklärung bedarf der Textform.
---	--

(2) Kosten

Kosten für die Überweisung sowie für Übersetzungen von in ausländischer Sprache eingereichten Unterlagen können mit dem Krankentagegeld verrechnet werden.

§ 16 Verpfändung	Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
-----------------------------------	---

§ 17 Auskunftsrechte	<p>Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die versicherte Person betreffende medizinische Fragen eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>
§ 18 Überschussbeteiligung/ Beitagsrückerstattung	<p>Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.</p> <p>Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.</p>

Beiträge

§ 19 Fälligkeit und Zahlungsweise	<p>(1) Fälligkeit der Beiträge Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und zum Monatsersten fällig. Neben der monatlichen kann auch eine viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise vereinbart werden.</p> <p>(2) SEPA-Lastschriftmandat Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch den Versicherer, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einzugsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.</p> <p>(3) Sonstige Zahlungsweise Soweit kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.</p>
§ 20 Berechnung der Beiträge	<p>(1) Allgemeines Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Tarif, der Karenzzeit, der Höhe des Krankentagegeldes, der Art der beruflichen Tätigkeit und dem bei Versicherungsbeginn erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.</p> <p>(2) Auswirkungen des Alters bei Beitragsänderungen Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.</p> <p>(3) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.</p>

(4) Risikozuschläge/Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(5) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 21

Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Rücktritt des Versicherers

Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Leistungsfreiheit des Versicherers

Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls 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 des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

§ 22

Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Zahlungsverzug und Folgen für den Versicherungsschutz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer auf Kosten des Versicherungsnehmers die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die gemäß § 38 Abs. 2 und 3 VVG mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(2) Kündigung des Versicherungsverhältnisses

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Fristablauf noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. 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 und der Versicherungsnehmer hierauf bei der Kündigung ausdrücklich hingewiesen worden ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt.

§ 23

Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- bzw. Anfechtungserklärung zu.

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 24

Anpassung von Beitrag und Risikozuschlag

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherer z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(2) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 25

Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer 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 Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ersetzung unwirksamer Klauseln

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 Vertrags 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 Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 26

Tarifwechsel

Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann Risikozuschlag und Wartezeit abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss wählt.

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

§ 27 Allgemeines	Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in § 28 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich.
§ 28 Obliegenheiten	<p>(1) Erteilung von Auskünften Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.</p> <p>(2) Ärztliche Untersuchung Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer benannten Arzt untersuchen zu lassen, sofern dies zur Feststellung des Versicherungsfalls, der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.</p> <p>(3) Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen. Sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzugeben.</p> <p>(4) Weitere Krankentagegeldversicherungen Der Abschluss oder die Erhöhung einer Krankentagegeldversicherung bei einem anderen Versicherer darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden. Der Versicherer wird die Einwilligung erteilen, soweit die Voraussetzungen für eine Heraufsetzung des Krankentagegelds durch den Versicherungsnehmer nach § 11 Abs. 1 erfüllt sind.</p> <p>(5) Anzeige einer Minderung des Nettoeinkommens Arbeitnehmer haben dem Versicherer eine Minderung des regelmäßigen monatlichen Nettoeinkommens unverzüglich anzugeben. Selbstständige haben dem Versicherer eine im letzten abgelaufenen Kalenderjahr im Vergleich zum Vorjahr eingetretene Minderung des Nettoeinkommens (§ 9) unverzüglich anzugeben. Diese Anzeigepflichten gelten nicht, wenn ein Krankentagegeld von höchstens 30,00 EUR versichert ist.</p> <p>(6) Anzeige von Wegfall der Versicherungsfähigkeit oder Eintritt eines Beendigungsgrundes Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt eines Beendigungsgrundes nach § 33 ist dem Versicherer unverzüglich anzugeben.</p> <p>(7) Änderung der Anschrift oder des Namens Änderungen der Anschrift (Wohnsitz, Geschäftssadresse oder Arbeitgeberanschrift) oder des Namens sind dem Versicherer unverzüglich anzugeben.</p> <p>(8) Ersatzansprüche gegen Dritte Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen einen Dritten, der die Arbeitsunfähigkeit verursacht hat, besteht die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der für diese Arbeitsunfähigkeit erbrachten Versicherungsleistung an den Versicherer abzutreten. Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen 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.</p>
§ 29 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	<p>(1) Leistungsfreiheit des Versicherers Bei Verletzung einer in § 28 Abs. 1 bis 4 AVB/KTKG 2018 genannten Obliegenheit wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG geregelten Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.</p> <p>(2) Kündigung durch den Versicherer Darüber hinaus kann der Versicherer bei Verletzung der in § 28 Abs. 4 AVB/KTKG 2018 genannten Obliegenheit unter den Voraussetzungen des § 28 Abs. 1 VVG den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.</p>

(3) Rückzahlung von Versicherungsleistungen

Erlangt der Versicherer bei Verletzung der in § 28 Abs. 6 AVB/KTKG 2018 genannten Obliegenheit von dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit bzw. dem Eintritt des Beendigungsgrundes erst später Kenntnis, sind die vor Kenntniserlangung für die Zeit nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit bzw. Eintritt des Beendigungsgrunds gezahlten Versicherungsleistungen und Beiträge zurückzugewähren.

(4) Zugangsifiktion

Bei der Verletzung der in § 28 Abs. 7 AVB/KTKG 2018 genannten Obliegenheit gelten Erklärungen, die der Versicherer per Einschreiben an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

(5) Leistungsfreiheit bei Ersatzansprüchen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach § 28 Abs. 8 AVB/KTKG 2018 wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 30

Vertragsdauer und Versicherungsjahr

(1) Vertragsdauer

Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.

(2) Berechnung des Versicherungsjahrs

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

§ 31

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines Versicherungsjahrs, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Es ist auch eine Teilkündigung möglich, mit der das versicherte Krankentagegeld reduziert wird.

(2) Vertraglich geregelte Beitragsänderung

Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag 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 Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(3) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung

Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 24 Abs. 1) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 25 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 10 Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmeldung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(4) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(5) Fortführung des Versicherungsverhältnisses durch versicherte Personen

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungsankündigung Kenntnis erlangt hat.

<p>§ 32 Kündigung durch den Versicherer</p>	<p>Der Versicherer kann die Versicherung nicht ordentlich kündigen. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.</p>
<p>§ 33 Beendigung, Unterbrechung und Fortsetzung der Versicherung</p>	<p>(1) Wegfall der Versicherungsfähigkeit/Aufgabe der Erwerbstätigkeit Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit dem Zeitpunkt, zu dem eine im Tarif bestimmte Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit wegfällt, insbesondere mit dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit aufgibt. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis als Anwartschaftsversicherung fortführen. Die Fortführung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrundes beantragt werden. Wird der Beendigungsgrund dem Versicherungsnehmer erst später bekannt, verlängert sich diese Frist entsprechend.</p> <p>(2) Unterbrechung der Erwerbstätigkeit Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit in folgenden Fällen als Anwartschaftsversicherung fortführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mutterschutzfristen b) Elternzeit nach Elternzeitgesetz c) Pflegezeit nach Pflegezeitgesetz d) Bezug von Arbeitslosengeld I e) berufliche Auszeit von mindestens sechsmonatiger Dauer („Sabbatical“) f) vorübergehend reduzierte Arbeitszeit von mindestens sechsmonatiger Dauer g) vorübergehender Auslandsaufenthalt von mindestens sechsmonatiger Dauer <p>Die Anwartschaftsversicherung muss vor Beginn der Unterbrechung beantragt werden. Bei der Beantragung ist – außer im Fall d) – das Ende des Unterbrechungszeitraums anzugeben. Für eine Verlängerung der Unterbrechung gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.</p> <p>(3) Bezug von Bürgergeld gemäß SGB II Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Bezug von Bürgergeld gemäß SGB II. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis als Anwartschaftsversicherung fortführen. Die Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach dem Beginn der Zahlung von Bürgergeld gemäß SGB II beantragt werden.</p> <p>(4) Bezug einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder voller Erwerbsminderung Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit dem Beginn des Zeitraums, für den die versicherte Person eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bezieht. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis als Anwartschaftsversicherung fortführen. Die Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach dem Beginn der Rentenzahlung beantragt werden.</p> <p>(5) Bezug von gesetzlicher Altersrente Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit dem Bezug von gesetzlicher Altersrente. Wird neben der Altersrente weiterhin ein Einkommen aus beruflicher Tätigkeit erzielt, kann die Krankentagegeldversicherung bis zur Vollendung des 67. Lebensjahrs fortgeführt werden, sofern weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht. Die Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Beginn der Rentenzahlung zu beantragen. Bei einer Verringerung des Nettoeinkommens (§ 9) wird das Krankentagegeld bei der Fortführung nach Maßgabe von § 10 herabgesetzt.</p> <p>(6) Altersgrenze Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Monat, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Die versicherte Person kann in diesem Fall nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung verlangen, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Die weiteren Rechte richten sich ebenfalls nach § 196 VVG.</p>

(7) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat außer den in Satz 1 genannten endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

(8) Tod

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod der versicherten Person.

Bei Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Dieser hat die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses innerhalb von zwei Monaten zu erklären.

(9) Trennung/Scheidung

Ein getrenntlebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrenntlebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Weitere Regelungen

§ 34 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
§ 35 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
§ 36 Gerichtsstand	<p>(1) Klagen des Versicherungsnehmers Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden.</p> <p>(2) Klagen des Versicherers Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen des Versicherers – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p>(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes des Versicherers erhoben werden.</p>
§ 37 Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Person	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
§ 38 Verjährung	<p>(1) Verjährungsfrist Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.</p> <p>(2) Hemmung der Verjährung Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.</p>

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

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

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe