

Der Tarif TN gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (RB/KT 2009), Teil II Tarifbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (TB/KT 2009).

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif TN sind erwerbstätige Personen.

Nach den Tarifstufen TN7, TN14 und TN21 sind nur freiberuflich oder selbstständig Tätige mit regelmäßigen Einkünften aus selbstständiger Arbeit versicherungsfähig.

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Der Tarif TN gewährt Versicherungsschutz gegen Verdienstausschlag infolge von Krankheit oder Unfall, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit nach § 1 (3) RB/KT 2009 verursacht wird. Das Krankentagegeld wird für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung gezahlt, und zwar nach Tarifstufe

TN7	ab 8. Tag	(2. Woche)
TN14	ab 15. Tag	(3. Woche)
TN21	ab 22. Tag	(4. Woche)
TN42	ab 43. Tag	(7. Woche)
TN91	ab 92. Tag	(14. Woche)
TN182	ab 183. Tag	(27. Woche)
TN273	ab 274. Tag	(40. Woche)
TN364	ab 365. Tag	(53. Woche)

der Arbeitsunfähigkeit.

2.2 Das Krankentagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt.

2.3 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sind ohne besonderen Risikozuschlag mitversichert.

2.4 Ergänzend zu § 1 TB/KT 2009 gilt für freiberuflich oder selbstständig Tätige: Tritt innerhalb von 6 Monaten nach Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge der letzten 12 Monate vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit auf die Karenzzeit angerechnet. Steht die Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der vorangegangenen, erfolgt keine Anrechnung auf die Karenzzeit.

2.5 Ist im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung ein Sanatoriumsaufenthalt, eine stationäre Kurbehandlung, eine stationäre kur- oder sanatoriumsmäßige Rehabilitationsmaßnahme zur Behebung der Arbeitsunfähigkeit medizinisch dringend notwendig, wird das versicherte Krankentagegeld gezahlt, wenn und soweit die Generali zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat. § 5 (1) g) und § 5 (2) Satz 1 RB/KT 2009 finden insofern keine Anwendung. Von Dritten anlässlich einer obigen Maßnahme an die versicherte Person gewährte Leistungen (z. B. Übergangsgeld, Verletztengeld) werden hierbei auf die Leistungen der Generali angerechnet.

2.6 Der Tarif TN gewährt außerdem nach Maßgabe von § 1 a RB/KT 2009 Versicherungsschutz gegen den Verdienstausschlag, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht. Dieses Krankentagegeld wird nach Ablauf der Karenzzeit nach Nr. 2.1 gezahlt. Die Karenzzeit beginnt mit dem ersten Tag der Schutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes.

3. Umfang der Versicherungsleistungen (versicherbares Krankentagegeld)

Das Krankentagegeld beträgt mindestens 1,00 EUR. Dieser Betrag kann unter Beachtung von § 4 (2) RB/KT 2009 mehrfach versichert werden.

4. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die Leistungen des Versicherungsnehmers sind abhängig von der ausgeübten Tätigkeit, die in drei Gruppen (A, B, C) eingeteilt ist:

Gruppe A: ausschließlich Büro-, Verwaltungs- oder unterrichtende Tätigkeit im Innendienst;

ausschließlich leitende oder aufsichtsführende Tätigkeit in Betrieben mit mindestens 10 Mitarbeitern;
weiterhin Heilpraktiker, Apotheker, Optiker.

Gruppe B: Außendienst-, Verkaufs-, Beratungs- oder Maklertätigkeit, auch wenn teilweise Bürotätigkeit ausgeübt wird;

ausschließlich leitende oder aufsichtsführende Tätigkeit in Betrieben mit weniger als 10 Mitarbeitern;

körperliche oder handwerkliche Berufstätigkeit, auch wenn sie leitend oder aufsichtsführend ausgeführt wird;

weiterhin Heilhilfspersonen, Fahrlehrer, Sportlehrer.

Gruppe C: schwere körperliche oder handwerkliche Tätigkeit (z. B. auf Bauten, Dächern, Gerüsten) oder risikoreiche Tätigkeit (z. B. an entzündlichen oder explosiven Stoffen, in Metzgereien);

körperliche oder handwerkliche Tätigkeit im Hoch- oder Tiefbau sowie in der Land- oder Forstwirtschaft;

Verkaufstätigkeit oder körperliche Tätigkeit im Hotel- oder Gaststättengewerbe;

Fuhr-, Taxi-, Omnibusunternehmer mit weniger als 10 festen Mitarbeitern;

weiterhin Berufskraftfahrer, Piloten, ambulante Händler.

Wenn eine Person aufgrund ihrer Tätigkeitsmerkmale in mehrere der vorgenannten Klassen eingeordnet werden kann, ist die in alphabetischer Reihenfolge höchste Klasse für die Tarifierung maßgeblich.

Für Berufstätigkeiten, die sich nicht den Klassen A, B oder C zuordnen lassen, wird von der Generali die für die Tarifierung maßgebliche Klasse festgelegt.

TEIL I: RAHMENBEDINGUNGEN 2009 (RB/KT 2009)

TEIL II: TARIFBEDINGUNGEN 2009 (TB/KT 2009)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer 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, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarifbedingungen und Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen 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 Prämien 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 insoweit ein Risikozuschlag (§ 10 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen, es sei denn, es handelt sich um eine Befristung nach § 196 VVG (siehe Kundeninformation).

Teil II: § 1

zu § 1 (2) RB/KT 2009 Versicherungsfall

Sofern der Arbeitgeber Zeiten der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten nach den Tarifen mit mindestens 42 Karenztagen bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgeltes berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 (2) RB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.

Teil II: § 2

zu § 1 (5) RB/KT 2009 Geltungsbereich

- (1) Bei Aufenthalt im europäischen Ausland sowie bei einem vorübergehenden Aufenthalt mit einer maximalen Dauer von drei Monaten in den mittelmeerangrenzenden Ländern (einschließlich Kanarische Inseln), USA, Kanada, Australien oder Neuseeland wird für dort akut eintretende Krankheiten oder Unfälle das versicherte Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach § 4 (8) RB/KT 2009 erfüllt, gezahlt. Für Verlegungen des gewöhnlichen Aufenthaltes gilt § 19 (1) f) RB/KT 2009.
- (2) Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt mit einer maximalen Dauer von drei Monaten in einem Staat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz werden ergänzend zu § 1 (5) RB/KT 2009 Leistungen für die Zeit einer dort eintretenden völligen Arbeitsunfähigkeit, in der keine stationäre Heilbehandlung stattfindet, erbracht. Dabei wird das vereinbarte Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit für maximal 30 Tage gezahlt. § 5 (1) f) RB/KT 2009 findet insofern keine Anwendung. Für einen über die Dauer von drei Monaten hinausgehenden Aufenthalt in einem der oben genannten Staaten können besondere Vereinbarungen getroffen werden. Für Verlegungen des gewöhnlichen Aufenthaltes gilt § 19 (1) f) RB/KT 2009.
- (3) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach (1) oder (2) ist der Reisebeginn nachzuweisen.
- (4) Bei Wegzug der versicherten Person in einen anderen Staat innerhalb des Tätigkeitsgebietes der Generali können vor Wegzug zum Versicherungsschutz besondere Vereinbarungen getroffen werden.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

- (1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 22 RB/KT 2009 sowie der §§ 1 bis 10 TB/KT 2009 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.
- (2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherte Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von

Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

- (3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens nach § 4 Abs. 4 RB/KT 2009 ist zur Ermittlung des relevanten 12-Monatszeitraums auf den Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes abzustellen.
- (4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.
- (5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.
- (6) Geht der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 Mutterschutzgesetz eine vollständige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar voraus, wird deren Dauer auf die Karenzzeit für den Versicherungsfall nach § 1a angerechnet.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. 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 Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II: § 3

zu § 3 RB/KT 2009 Wartezeiten

- (1) zu § 3 (2) und (3) RB/KT 2009

- a) Abweichend von § 3 (2) und (3) RB/KT 2009 verzichtet der Versicherer bei Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung zum Versicherer wechseln, auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn und solange der Versicherungsschutz eine Krankheitskostenvollversicherung umfasst. Voraussetzung ist, dass die Versicherung im

unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person bei dem bisherigen Versicherer Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht und entsprechend weiter vereinbart wird.

- b) Bei Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird unter den in § 3 (5) Satz 2 RB/KT 2009 genannten Voraussetzungen die nachweislich in der gesetzlichen Krankenversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit abweichend von § 3 (5) Satz 1 RB/KT 2009 auch über die Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs hinaus auf die Wartezeiten angerechnet.
 - c) Abweichend von § 3 (3) RB/KT 2009 entfallen die besonderen Wartezeiten bei Unfällen.
- (2) zu § 3 (4) RB/KT 2009

Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse auf den vom Versicherer vorgeschriebenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentagegeldern und dem Netto-Krankengeld der GKV das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.
 - Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
 - Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
 - Für Arbeitslose mit Bezug von Arbeitslosengeld nach SGB III (ALG I) gelten die besonderen Regelungen nach § 3b der Tarifbedingungen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach § 3a und § 3b der Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die

Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

- (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (10) 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 Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung 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.

Teil II: § 3a

zu § 4 RB/KT 2009 Umfang der Leistungspflicht
Nettoeinkommen i.S.v. § 4 Abs. 2 bis 4 RB/KT 2009

(1) Arbeitnehmer

Als Nettoeinkommen von Arbeitnehmern gilt

- der Arbeitslohn (ohne Ersatz von Aufwendungen und Verpflegungszuschüsse)
- zuzüglich der Arbeitgeberanteile zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, wenn kein Anspruch auf Krankengeld bei der GKV besteht
- abzüglich der einbehaltenen Lohnsteuer und des Solidaritätszuschlags

(2) 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

Teil II: § 3b

zu § 4 RB/KT 2009 Umfang der Leistungspflicht

Besondere Regelungen für Arbeitslose mit Bezug von Arbeitslosengeld gemäß SGB III (ALG I)

Als Nettoeinkommen von Arbeitslosen gilt

- das von der Bundesagentur für Arbeit bewilligte monatliche Arbeitslosengeld (täglicher Leistungssatz multipliziert mit 30)
- zuzüglich 15 % des Arbeitslosengeldes als Sozialversicherungspauschale

Abweichend von § 4 (4) RB/KT 2009 ist ausschließlich der Zeitraum des Bezugs von ALG I maßgebend.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) wegen vorsätzlich selbst herbeigeführter Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
 - e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
 - f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person außerhalb ihres Wohnsitzes arbeitsunfähig, steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt.
 - g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II: § 4

zu § 5 RB/KT 2009 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Für Versicherte der Tarifstufen mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen werden für Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter nach § 3 Abs. 2 Mutterschutzgesetz und Wöchnerinnen nach § 6 Abs. 1 und 2 Mutterschutzgesetz in einem Arbeitsverhältnis die tariflichen Leistungen erbracht. Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) RB/KT 2009 entfällt somit für diesen Zeitraum. Satz 1 und 2 gelten sinngemäß auch für Selbstständige für die versicherten Tarifstufen mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen.
- (2) Abweichend von § 5 (2) RB/KT 2009 wird das versicherte Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort gezahlt.
- (3) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) c) RB/KT 2009 findet keine Anwendung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Kundeninformation).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

Teil II: § 5

zu § 6 (4) RB/KT 2009 Überweisungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut; bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Kundeninformation) drei Jahre. Sie 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.
- (2) 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.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 17, 18, 19 Abs. 1 d) bis f)). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 18 Abs. 1, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

- (2) Der Versicherungsschutz endet ebenfalls mit Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit), mit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (§ 19 Abs. 1 a) bis c)). Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet die Leistungspflicht des Versicherers nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem er seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt dieses Ereignisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet. Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
- (4) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate 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.
- (5) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer 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 nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug 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 Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.

- (7) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (8) Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.
- (9) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (10) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (11) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II: § 6

zu § 9 (1) RB/KT 2009 Monatliche Beitragsrate

Die Höhe der Beiträge richtet sich

- nach der jeweiligen Art der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person,
- nach dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person,
- in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen nach dem Geschlecht der versicherten Person.

§ 10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden berücksichtigt:
 - in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen das Geschlecht der versicherten Person,
 - das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person. 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.

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers 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 diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, 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 geändert werden.
- (2) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Teil II: § 7

zu § 11 (1) RB/KT 2009 Beitragsanpassung

Der Vomhundertsatz beträgt 5.

§ 12 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beiträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des 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 Notstands heranzuziehen.

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.

§ 13 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person haben die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige entfällt der Anspruch auf Krankentagegeld bis zum Zugangstag nach Maßgabe des § 14 ganz oder teilweise. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuwei-

sen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) 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.
- (5) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.
- (6) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (7) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II: § 8

zu § 13 (1) RB/KT 2009 Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum 1. Tag des tariflich festgelegten Leistungsbeginns anzuzeigen. Der Anzeige ist das Original der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Bezeichnung der Krankheit beizufügen oder innerhalb der 1. Woche nachzureichen.
- (2) Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer wöchentlich nachzuweisen.

§ 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 4, 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 13 Abs. 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 15 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit), der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (vgl. § 19 Abs. 1 a) bis c)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Eintritt dieses Ereignisses empfangenen Leistungen, soweit sie nicht vertraglich geschuldet sind, einander zurückzugewähren.

§ 16 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- (4) 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 deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung 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.
- (6) 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 Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) 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 hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (8) Soweit die Krankentagegeldversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

Teil II: § 9

zu § 17 (1) RB/KT 2009 Versicherungsjahr

- (1) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn vor dem 1.1.1998 gilt:
 - a) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.
 - b) Werden nachträglich weitere Tarife abgeschlossen, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages. Die folgenden Versicherungsjahre werden dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages angepasst.
 - c) Entsprechendes gilt für alle sonstigen Vertragsänderungen, einschließlich der nachträglichen Mitversicherung von Personen.
- (2) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn ab dem 1.1.1998 gilt:

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

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 17 Abs. 3.

Teil II: § 10

zu § 18 (1) RB/KT 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

- (1) Wurde bei einem Wechsel aus einer privaten Krankenversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten nach § 3 (1) a) TB/KT 2009 verzichtet oder wurde eine Vorversicherung nach § 3 (5) RB/KT 2009 angerechnet, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bis zur Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes bzw. in Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs, wenn und solange der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung umfasst.
- (2) Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei späterer Vereinbarung eines Krankentagegeldtarifes mit verkürzter Karenzzeit kann der Versicherer die veränderte Vereinbarung in den folgenden drei Versicherungsjahren kündigen.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
 - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit) zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - c) mit dem Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Rentenbezug;
 - d) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird; die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Kundeninformation) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;
 - e) mit dem Tod. Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären;
 - f) bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers, außerhalb der Europäischen Union und außerhalb der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird;
 - g) bei Bezug von Bürgergeld gemäß SGB II.
- (2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe einer Erwerbstätigkeit), wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder wegen Bezugs von Bürgergeld gemäß SGB II beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Wegfalls der Voraussetzung, die Dauer der Berufsunfähigkeit, die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. die Dauer des Bezugs von Bürgergeld gemäß SGB II hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall der Voraussetzung, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit, seit Bezug der Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. seit Bezug von Bürgergeld gemäß SGB II, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 21 Gerichtsstand

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

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der 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) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchststrichterliche 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.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

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

Ein Unternehmen der Generali Gruppe