



AVB KTA

**Allgemeine Versicherungsbedingungen
für die Krankentagegeldversicherung
für Arbeitnehmer**

Ausgabe 12 / 2021

Inhaltsübersicht

§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht	5
(1) Allgemeines	5
(2) Versicherungsfall	5
(3) Arbeitsunfähigkeit	5
(4) Umfang des Versicherungsschutzes	6
(5) Anwendbares Recht	6
§ 2 Wartezeiten, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	6
(1) Wartezeit	6
(2) Beginn des Versicherungsschutzes	6
(3) Ende des Versicherungsschutzes	7
§ 3 Geltungsbereich und Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins EWR-Ausland oder die Schweiz	7
(1) Geltungsbereich	7
(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins EWR-Ausland oder die Schweiz	7
§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes	8
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	9
(1) Vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle sowie vorsätzlich begangene Straftaten	9
(2) Kriegs- und Terrorklausel	9
(3) Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes sowie andere Zeiten der Arbeitsfreistellung	9
(4) Aufenthalt im Ausland	9
(5) Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung	9
§ 6 Ausschluss von der Behandlung aus wichtigem Grunde	10
§ 7 Versicherungsleistung: Fälligkeit, Auszahlung und Verpfändung/Abtretung	10
(1) Fälligkeit der Versicherungsleistung	10
(2) Auszahlung der Versicherungsleistung	10
(3) Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung	11
§ 8 Beitragszahlung	11
(1) Berechnung der Beiträge	11
(2) Fälligkeit und Zahlungsweise	11
(3) Folgen eines Beitragsrückstandes	11
§ 9 Beitragsanpassung	12
(1) Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung	12

(2) Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung	12
(3) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge	12
§ 10 Änderung der Versicherungsbedingungen	13
(1) Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen.....	13
(2) Ersetzung einer unwirksamen Klausel.....	13
(3) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Versicherungsbedingungen..	13
§ 11 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer.....	13
(1) Versicherungsjahr	13
(2) Mindestvertragsdauer.....	14
§ 12 Beitragsfreies Ruhen des Versicherungsverhältnisses.....	14
§ 13 Ende des Versicherungsverhältnisses	14
(1) Tod der versicherten Person	14
(2) Tod des Versicherungsnehmers.....	14
(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des EWR oder der Schweiz	14
(4) Ende der Tätigkeit als Arbeitnehmer bzw. Bezug von Altersrente	15
(5) Arbeitslosigkeit.....	15
(6) Berufsunfähigkeit bzw. Bezug von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente.....	15
§ 14 Kündigung des Versicherungsverhältnisses	16
(1) Ordentliche Kündigung durch den Versicherer.....	16
(2) Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer	16
(3) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge, Minderung der Leistungen oder Wegfall des Versicherungsschutzes	16
(4) Kündigung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person	16
(5) Fortführung des Vertrages als Anwartschaftsversicherung	17
§ 15 Obliegenheiten	17
(1) Nachweis der Arbeitsunfähigkeit	17
(2) Frist zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit	17
(3) Erteilung von Auskünften.....	17
(4) Ärztliche Untersuchung	17
(5) Schadenminderung	17
(6) Berufswechsel bzw. Wegfall der Arbeitnehmereigenschaft.....	18
(7) Zustimmung zu anderweitigem Versicherungsschutz	18
§ 16 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	18
(1) Befreiung von der Leistungspflicht	18
(2) Verlust des Versicherungsschutzes.....	18
(3) Kenntnis und Verschulden	18
§ 17 Änderung von Anschrift	18
§ 18 Obliegenheiten bei Ansprüchen gegenüber Dritte und Folgen von Obliegenheitsverletzungen	18
(1) Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten	18
(2) Pflicht zur Mitwirkung	19
(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen	19
§ 19 Sonstige Bestimmungen	19
(1) Erklärungen des Versicherungsnehmers	19
(2) Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer.....	19

(3) Trennung/Ehescheidung.....	19
§ 20 Gerichtsstand	19
(1) Klagen des Versicherungsnehmers	19
(2) Klagen des Versicherers.....	19
(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz.....	20
Hinweise.....	20
Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung	20
Hinweis auf die Versicherungsaufsicht	20
Hinweis auf den Rechtsweg.....	21
Anhang	21
Versicherungsvertragsgesetz (VVG).....	21
§ 14 Fälligkeit der Geldleistung	
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit	
§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie	
§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie	
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen	
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)	23
§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	
Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)	24
§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag	
Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG).....	26
Mutterschutzgesetz (MuSchG).....	26
§ 3 Beschäftigungsverbote für werdende Mütter	
§ 6 Beschäftigungsverbote nach der Entbindung	

§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht

(1) Allgemeines

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der tariflich festgelegten Karenzzeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang, frühestens jedoch nach Einstellung der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber der versicherten Person.

(2) Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich oder zahnärztlich 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 ebenfalls Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der vorherigen Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Sofern der Arbeitgeber Zeiten einer erneuten Arbeitsunfähigkeit für die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes berechtigterweise zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Regelung des Leistungsbeginns, also für die Karenzzeit, zusammengefasst.

Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

Als Versicherungsfall gelten überdies

- die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft,
- die Fehlgeburt und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch,

sofern in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

(3) Arbeitsunfähigkeit

Völlige Arbeitsunfähigkeit 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.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V bzw. § 28 SGB IX (siehe Anhang) ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend nur eingeschränkt ausüben kann und zudem keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Geleistet wird für Zeiten völliger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe der jeweiligen Leistung regelt der Tarif.

(4) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen,
- den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung für Angestellte (AVB/KTA) sowie den Bedingungen des Tarifs,
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

(5) Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Wartezeiten, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Wartezeit

Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, beträgt die Wartezeit drei Monate und rechnet vom Versicherungsbeginn an. Sie entfällt, wenn Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines nach Versicherungsbeginn stattgefundenen Unfalls eingetreten ist. Für innerhalb der Wartezeit eingetretene Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit wird weder geleistet noch werden sie auf die tariflich festgelegte Karenzzeit 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 Annahmeerklärung in Textform).

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 die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(3) Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 3 Geltungsbereich und Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins EWR-Ausland oder die Schweiz

(1) Geltungsbereich

- (a) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland erstreckt sich der Versicherungsschutz bei dort akut eingetretenen Krankheiten oder Unfällen auch auf die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem ausländischen Krankenhaus.
- (b) Nach vorheriger Zusage in Textform kann der Versicherungsschutz über Deutschland hinaus ausgedehnt werden. Der Versicherer wird diese Zusage erteilen, sofern der Auslandsaufenthalt medizinisch sinnvoll ist, um die Dauer einer bereits eingetretenen Arbeitsunfähigkeit zu verkürzen, also wenn durch den Auslandsaufenthalt medizinisch zu erwarten ist, dass die Arbeitsfähigkeit schneller wiederhergestellt werden kann als dies bei einem Verbleib in Deutschland der Fall wäre.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins EWR-Ausland oder die Schweiz

- (a) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland liegt immer dann vor, wenn eine Auslandsreise länger als 6 Monate dauert oder sich die versicherte Person innerhalb eines Kalenderjahres länger als 6 Monate im Ausland aufhält.
- (b) Sofern die versicherte Person nach Versicherungsbeginn ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Anrainerstaat Deutschlands verlegt und als Grenzgänger ihrer Tätigkeit als Arbeitnehmer in Deutschland nachgeht, erstreckt sich der Versicherungsschutz neben der im Rahmen einer stationären Heilbehandlung festgestellten Arbeitsunfähigkeit auch auf die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung festgestellte Arbeitsunfähigkeit im betreffenden Anrainerstaat.
- (c) Sofern die versicherte Person nach Versicherungsbeginn ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedsstaat des EWR oder die Schweiz verlegt, ohne dass die Voraussetzungen der Beschäftigung als Grenzgänger gemäß Buchstabe (b) erfüllt sind, besteht mit Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in den betreffenden Staat kein Versicherungsschutz.
- (d) Fällt aufgrund der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Mitgliedsstaat des EWR oder die Schweiz eine Versicherungssteuer oder eine andere Abgabe an, so ist der Versicherungsnehmer zur Zahlung der entstehenden Aufwendungen verpflichtet. Richtet sich der Anspruch gegen den Versicherer, wird dieser die Versicherungssteuer oder die andere Abgabe vom Versicherungsnehmer zurückverlangen.

§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf den Verdienstausfall einer als Arbeitnehmer tätigen versicherten Person. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif bzw. dem Versicherungsschein.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende regelmäßige Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist das zum Zeitpunkt der Beantragung bestehende Bruttoeinkommen. Versicherbar sind maximal 75% des 365. Teils des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens.
- (3) Zum regelmäßigen Bruttoeinkommen zählen neben den regelmäßigen laufenden monatlichen Bezügen auch Sonderaufwendungen (z.B. Bonuszahlungen), die mindestens einmal im Jahr bei durchschnittlicher Arbeitsleistung zu erwarten sind. Bei einer Mehrfachbeschäftigung als Arbeitnehmer zählt das gesamte, aus allen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen erzielte Einkommen.
- (4) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Bruttoeinkommens mitzuteilen.
- (5) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das versicherte Krankentagegeld der versicherten Person über der in Abs. 2 Satz 3 genannten Höchstgrenze liegt, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Kalendermonats nach Kenntnis entsprechend dem tatsächlich bestehenden Bruttoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
- (6) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der gesamten Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird. Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch approbierte Ärzte und Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle sowie vorsätzlich begangene Straftaten

Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführter Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen. Das gleiche gilt bei Arbeitsunfähigkeit, die aufgrund einer vorsätzlich begangenen Straftat durch die versicherte Person eingetreten ist.

(2) Kriegs- und Terrorklausel

- (a) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht werden.
- (b) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, sofern
 - das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder
 - das Auswärtige Amt nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person ohne durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein von der Möglichkeit, das Krisengebiet zu verlassen, keinen Gebrauch macht.

(3) Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes sowie andere Zeiten der Arbeitsfreistellung

Keine Leistungspflicht besteht während Zeiten der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Gleches gilt für alle anderen Zeiten, in denen trotz eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses keine Arbeitsleistung zu erbringen ist (z.B. während einer Eltern- oder Pflegezeit). Überdies werden in diesen Zeiträumen angefallene Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nicht auf eine Karenzzeit angerechnet.

(4) Aufenthalt im Ausland

Keine Leistungspflicht besteht mit Ausnahme der in § 3 Abs. 1 und Abs. 2 Buchstabe (b) geregelten Fälle bei einer Arbeitsunfähigkeit im Ausland. Überdies werden im Ausland bestehende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nur in den zuvor in § 3 genannten Fällen auf eine Karenzzeit angerechnet.

(5) Rehabilitationsmaßnahmen, auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Keine Leistungspflicht besteht während einer ambulant oder stationär durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme – auch bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung. Überdies werden dort

bestehende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nicht auf eine Karenzzeit angerechnet. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, sofern unmittelbar vor Antritt der Maßnahme völlige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat und auch während der Maßnahme fortbestand. In diesem Fall werden Zeiten der völligen Arbeitsunfähigkeit auch auf eine Karenzzeit angerechnet.

§ 6 Ausschluss von der Behandlung aus wichtigem Grunde

Keine Leistungspflicht besteht für Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit, die durch Ärzte oder Zahnärzte attestierte wurde, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über die Unwirksamkeit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Behandelnden benachrichtigt wurde. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, gelten die vom betreffenden Arzt bzw. Zahnarzt ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erst ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung als nichtig.

§ 7 Versicherungsleistung: Fälligkeit, Auszahlung und Verpfändung/Abtretung

(1) Fälligkeit der Versicherungsleistung

Krankentagegeldleistungen werden mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen notwendigen Erhebungen fällig.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können dem Versicherer sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum des Versicherers.

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

(2) Auszahlung der Versicherungsleistung

- (a) Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist der Versicherer verpflichtet, insoweit ausschließlich an die versicherte Person zu leisten.
- (b) Sofern alle erforderlichen Nachweise erbracht sind, erfolgt die Auszahlung des Krankentagegeldes nachträglich zu Beginn des auf die Arbeitsunfähigkeit folgenden Monats.
- (c) Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland. Die Überweisung der Versicherungsleistung auf ein ausländisches Konto ist nicht möglich. Der Versicherer ist berechtigt, Kosten für die Übersetzung von in ausländischer Sprache eingereichten Nachweisen mit den Versicherungsleistungen zu verrechnen.

(3) Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Berechnung der Beiträge

- (a) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.
- (b) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Vereinbarte Risikozuschläge werden bei einer Änderung des Beitrages entsprechend angepasst.
- (c) Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

(2) Fälligkeit und Zahlungsweise

- (a) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung zum Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag wird durch das SEPA-Lastschriftverfahren vom Versicherer von einem inländischen Konto eingezogen. Widerruf der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf das vom Versicherer angegebene inländische Konto zu zahlen.
- (b) Ist der Einzug der Beiträge im SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.
- (c) Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der betreffende Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

(3) Folgen eines Beitragsrückstandes

- (a) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungs-

schutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

- (b) Tritt der Versicherer unter den Voraussetzungen von § 37 VVG vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 9 Beitragsanpassung

(1) Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung

- (a) 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.
- (b) Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten 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 mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.
- (c) Ist eine Beitragsanpassung nach den Grundsätzen von Buchstaben a) und b) erforderlich, sind vereinbarte Risikozuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend anzupassen.

(2) Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Ist eine Beitragsanpassung erforderlich, wird der Versicherer jeden betroffenen Versicherungsnehmer über die Neufestsetzung der Beiträge in Textform informieren. Die Veränderung des Beitrages und die im Zuge der Beitragsanpassung durchgeföhrten weiteren Veränderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung der Beiträge folgt.

(3) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge

Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß Abs. 1 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Sofern der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der

Erhöhung der Beiträge länger als zwei Monate nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge in der Zukunft liegt, verlängert sich die im letzten Satz genannte Kündigungsfrist bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

§ 10 Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können diese Bedingungen sowie die Bedingungen des jeweiligen Tarifes den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger juristischer Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ersetzung einer unwirksamen Klausel

Ist eine Bestimmung dieser Bedingungen oder einer tariflichen Bedingung 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.

(3) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Versicherungsbedingungen

Führt eine Änderung der Versicherungsbedingungen nach Abs. 1 dazu, dass die Leistungen des Versicherers vermindert werden, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Änderung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Leistungsminderung wirksam werden soll.

§ 11 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer

(1) Versicherungsjahr

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

(2) Mindestvertragsdauer

Sofern im Tarif nicht anders geregelt, wird das Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.

§ 12 Beitragsfreies Ruhen des Versicherungsverhältnisses

- (a) Während Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes sowie der anderen Zeiten der Arbeitsfreistellung nach § 5 Abs. 3 kann das Versicherungsverhältnis beitragsfrei ruhen, sofern der Versicherungsnehmer dies innerhalb von 2 Monaten ab der Arbeitsfreistellung beantragt. Das beitragsfreie Ruhen beginnt dann rückwirkend zum ersten Tag der Arbeitsfreistellung.
- (b) Geht der Antrag zu einem späteren Zeitpunkt beim Versicherer ein, kann das beitragsfreie Ruhen erst ab dem 1. Tag des auf den Antragseingang folgenden Kalendermonats vereinbart werden.
- (c) Mit Beendigung des Zeitraumes der Arbeitsfreistellung wird das Versicherungsverhältnis wieder in Kraft gesetzt. Der Versicherungsnehmer hat das Ende der Arbeitsfreistellung anzuzeigen. Es ist dann der zu dem jetzt erreichten Lebensalter gültige Beitrag zu zahlen. Die vor Beginn des Ruhens erworbene Alterungsrückstellung wird beitragsmindernd angerechnet.

§ 13 Ende des Versicherungsverhältnisses

(1) Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

(2) Tod des Versicherungsnehmers

Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die verbleibenden versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des EWR oder der Schweiz

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des EWR oder außerhalb der Schweiz endet die Versicherung, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses getroffen wurde. Bei Beendigung hat der Versicherungsnehmer das Recht, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) Ende der Tätigkeit als Arbeitnehmer bzw. Bezug von Altersrente

Das Versicherungsverhältnis endet für eine versicherte Person zu dem Zeitpunkt, in dem ihre Tätigkeit als Arbeitnehmer endet, spätestens jedoch mit dem Bezug von Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Rentenleistungen aus einem berufsständischen Versorgungswerk sind, soweit die versicherte Person von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht befreit ist, den Ansprüchen gegenüber dem Rentenversicherungsträger gleichgestellt.

(5) Arbeitslosigkeit

- (a) Wird die versicherte Person arbeitslos, besteht das Versicherungsverhältnis solange fort, wie Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 136 SGB III (siehe Anhang) besteht. Endet dieser Anspruch und besteht weiterhin Arbeitslosigkeit, setzt sich das Versicherungsverhältnis so lange fort, wie sich der Versicherungsnehmer nachweislich ernsthaft um die Wiederaufnahme einer Tätigkeit bemüht und seine Bemühungen nicht erkennbar aussichtslos sind. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck monatlich darzulegen, was er unternommen hat, um einen neuen Arbeitsplatz zu finden, und dass seine Arbeitssuche nach wie vor Aussicht auf Erfolg hat. Wird der Nachweis nicht erbracht, endet das Versicherungsverhältnis rückwirkend zu Beginn des Monats, mit dem er sein Bemühen um eine Arbeitsstelle hätte nachweisen müssen. Unabhängig hiervon endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass die Arbeitssuche keine Aussicht auf Erfolg hat.
- (b) Bei bestehendem Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 136 SGB III ist das Krankentagegeld auf die Höhe des Leistungsbetrages des Arbeitslosengeldes zuzüglich der Beiträge für die private Krankenversicherung, die private Pflegeversicherung sowie die gesetzliche Rentenversicherung, jeweils in der von der Agentur für Arbeit übernommenen Höhe, begrenzt. Bestand vor Eintritt der Arbeitslosigkeit ein höheres Krankentagegeld, wird es auf den sich aus Satz 1 ergebenden Betrag herabgesetzt und der Beitrag entsprechend gemindert. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den herabgesetzten Teil des Krankentagegeldes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln zu lassen.
- (c) Besteht nach dem Ende des Anspruchs auf Arbeitslosengeld nach § 136 SGB III weiterhin Arbeitslosigkeit, so bleibt die Höhe des maximal versicherbaren Krankentagegeldes unter den Voraussetzungen der Bestimmungen des Buchstabens a) in der sich aus Buchstabe (b) ergebenden Höhe bestehen.

(6) Berufsunfähigkeit bzw. Bezug von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente

- (a) Das Versicherungsverhältnis endet für eine versicherte Person 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 bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so 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. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umwandeln zu lassen.

- (b) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bezieht. Dies gilt auch dann, wenn die Rente nur vorübergehend gezahlt wird. Die Sätze 3 und 4 aus Buchstabe (a) gelten entsprechend.

§ 14 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

(1) Ordentliche Kündigung durch den Versicherer

Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis zum Ende des zweiten oder dritten Versicherungsjahres (vgl. § 11) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden 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.

(3) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge, Minderung der Leistungen oder Wegfall des Versicherungsschutzes

Erhöhen sich die Beiträge im Zuge einer Beitragsanpassung oder vermindern sich die Leistungen aufgrund einer Bedingungsänderung, gelten die außerordentlichen Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers gemäß § 9 Abs. 3 bzw. § 10 Abs. 3. Das gleiche gilt, wenn der Versicherungsschutz aufgrund einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins EWR-Ausland oder die Schweiz nach § 3 Abs. 2 Buchstabe (c) wegfällt.

(4) Kündigung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für eine andere versicherte Person, ist die Kündigung nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungs-erklärung Kenntnis erlangt hat.

Die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Letzterer muss innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bestätigen.

(5) Fortführung des Vertrages als Anwartschaftsversicherung

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gemäß den Abs. 2 bis 4 gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 15 Obliegenheiten

(1) Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

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, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(2) Frist zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

- (a) Die erstmalig für einen Versicherungsfall ärztlich oder zahnärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises gemäß Abs. 1 anzugeben.
- (b) Die fortdauernde ärztlich oder zahnärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzugeben.

(3) Erteilung von Auskünften

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 2 Buchstabe (a)) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(4) Ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, sofern der Versicherer dies zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht als erforderlich erachtet. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung trägt der Versicherer.

(5) Schadenminderung

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

(6) Berufswechsel bzw. Wegfall der Arbeitnehmereigenschaft

Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzugeben. Gleches gilt, wenn die Arbeitnehmereigenschaft für die versicherte Person wegfällt.

(7) Zustimmung zu anderweitigem Versicherungsschutz

Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit vorheriger Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 16 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Befreiung von der Leistungspflicht

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 15 Abs. 1 bis 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Verlust des Versicherungsschutzes

Wird eine der in § 15 Abs. 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Kenntnis und Verschulden

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 17 Änderung von Anschrift

Änderungen seiner Anschrift hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Tut er das nicht, gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

§ 18 Obliegenheiten bei Ansprüchen gegenüber Dritte und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegenüber Dritten, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Tagegeldleistungen zu erbringen sind, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Pflicht zur Mitwirkung

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 den Versicherer bei dessen Durchsetzung soweit erforderlich zu unterstützen.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Absatz 1 bzw. Absatz 2 wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.

§ 19 Sonstige Bestimmungen

(1) Erklärungen des Versicherungsnehmers

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(2) Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer

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

(3) Trennung/Ehescheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener hat das Recht, seinen Vertragsteil unter Anrechnung seiner erworbenen Alterungsrückstellungen als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt bei getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartnern oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

§ 20 Gerichtsstand

(1) Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland erhoben werden.

(2) Klagen des Versicherers

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

(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.

Hinweise

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle 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.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Webseite: 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 <https://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.

Hinweis auf die 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.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail-Adresse: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt

hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregerister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

- (1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

- (1) Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die
1. als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen; bei Pflege mehrerer Angehöriger sind die Zeiten der Pflege zusammenzurechnen,
 2. eine selbständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben,
 3. eine Beschäftigung mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich in einem Staat außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz aufnehmen und ausüben,
 4. eine Elternzeit nach § 15 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes in Anspruch nehmen oder
 5. sich beruflich weiterbilden, wenn dadurch ein beruflicher Aufstieg ermöglicht, ein beruflicher Abschluss vermittelt oder zu einer anderen beruflichen Tätigkeit befähigt wird; ausgeschlossen sind Weiterbildungen im Sinne des § 180 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, es sei denn, die berufliche Weiterbildung findet in einem berufsqualifizierenden Studiengang an einer Hochschule oder einer ähnlichen Bildungsstätte unter Anrechnung beruflicher Qualifikationen statt.

Gelegentliche Abweichungen von der in den Nummern 1 bis 3 genannten wöchentlichen Mindeststundenzahl bleiben unberücksichtigt, wenn sie von geringer Dauer sind.

- (2) Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass die antragstellende Person
1. innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung oder dem Beginn der Elternzeit oder beruflichen Weiterbildung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat oder
 2. unmittelbar vor der Aufnahme der Tätigkeit oder der Beschäftigung oder dem Beginn der Elternzeit oder der beruflichen Weiterbildung Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatte und weder versicherungspflichtig (§§ 25, 26) noch versicherungsfrei (§§ 27, 28) ist; eine geringfügige Beschäftigung (§ 27 Absatz 2) schließt die Versicherungspflicht nicht aus. Die Begründung eines Versicherungspflichtverhältnisses auf Antrag nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist ausgeschlossen, wenn die antragstellende Person bereits versicherungspflichtig nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 war, die zu dieser Versicherungspflicht führende Tätigkeit zweimal unterbrochen hat und in den Unterbrechungszeiten einen Anspruch auf Arbeitslosengeld geltend gemacht hat. Die Begründung eines Versicherungspflichtverhältnisses auf Antrag nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ist ausgeschlossen, soweit für dasselbe Kind bereits eine andere Person nach § 26 Absatz 2a versicherungspflichtig ist.
- (3) Der Antrag muss spätestens innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung oder dem Beginn der Elternzeit oder beruflichen Weiterbildung, die zur Begründung eines Versicherungspflichtverhältnisses auf Antrag berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden. Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag, an dem erstmals die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2 erfüllt sind; im Falle einer vorangegangenen Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes jedoch frühestens mit dem Ende dieser Pflegezeit. Kann ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag allein deshalb nicht begründet werden, weil dies wegen einer vorangegangenen Versicherungspflicht (§§ 25, 26) oder Versicherungsfreiheit (§§ 27, 28) ausgeschlossen ist, muss der Antrag abweichend von Satz 1 spätestens innerhalb von drei Monaten nach dem Wegfall des Ausschlusstatbestandes gestellt werden.
- (4) Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 ruht, wenn während der Versicherungspflicht nach Absatz 1 eine weitere Versicherungspflicht (§§ 25, 26) oder Versicherungsfreiheit nach § 27 eintritt. Eine geringfügige Beschäftigung (§ 27 Absatz 2) führt nicht zum Ruhen der Versicherungspflicht nach Absatz 1.
- (5) Das Versicherungspflichtverhältnis endet,
1. wenn die oder der Versicherte eine Entgeltersatzleistung nach § 3 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 bezieht,
 2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 letztmals erfüllt waren,

3. wenn die oder der Versicherte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist, mit Ablauf des Tages, für den letztmals Beiträge gezahlt wurden,
4. in den Fällen des § 28,
5. durch Kündigung der oder des Versicherten; die Kündigung ist erstmals nach Ablauf von fünf Jahren zulässig; die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende eines Kalendermonats.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3 Beschäftigungsverbote für werdende Mütter

- (2) Werdende Mütter dürfen in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden, es sei denn, dass sie sich zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklären; die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

§ 6 Beschäftigungsverbote nach der Entbindung

- (1) Mütter dürfen bis zum Ablauf von acht Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten oder in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt und eine Verlängerung der Schutzfrist von der Mutter beantragt wird, bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigt werden. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen verlängern sich die Fristen nach Satz 1 zusätzlich um den Zeitraum der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2, der nicht in Anspruch genommen werden konnte. Beim Tod ihres Kindes kann die Mutter auf ihr ausdrückliches Verlangen ausnahmsweise schon vor Ablauf dieser Fristen, aber noch nicht in den ersten zwei Wochen nach der Entbindung, wieder beschäftigt werden, wenn nach ärztlichem Zeugnis nichts dagegen spricht. Sie kann ihre Erklärung jederzeit widerrufen.