

# Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

**G**

**T**

für die

## **Krankentagegeldversicherung**

Die AVB umfassen

**Teil I** Allgemeine Bedingungen in diesem Druckstück  
**Teil II** Tarife in gesonderten Druckstücken

## **Inhaltsverzeichnis**

§ 1	Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag	2
§ 2	Versicherungsausweis	2
§ 3	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 4	Umfang des Versicherungsschutzes	2
§ 5	Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr	2
§ 6	Umfang der Leistungspflicht	3
§ 7	Einschränkung der Leistungspflicht	3
§ 8	Anspruch auf Versicherungsleistungen	4
§ 9	Auszahlung der Versicherungsleistungen	4
§ 10	Obliegenheiten	4
§ 11	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	4
§ 12	Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit	4
§ 13	Aufrechnung	4
§ 14	Ende der Versicherung	4
§ 15	Ende des Versicherungsschutzes	5
§ 16	Fortführung als Einzelversicherung	5
§ 17	Beiträge, Beitragsberechnung	5
§ 18	Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung	6
§ 19	Gerichtsstand	6
§ 20	Willenserklärungen und Anzeigen	6
	Anhang	7

---

**§ 1 Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag**

---

- (1) Für jede zu versichernde Person ist eine Beitrittserklärung vollständig auszufüllen. In dieser erklärt sie ihr Einverständnis zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag.
- (2) Die Beitrittserklärung ist von der zu versichernden Person in einem verschlossenen Umschlag dem Versicherungsnehmer zu übergeben und von diesem an den Versicherer weiterzuleiten.

---

**§ 2 Versicherungsausweis**

---

Der Versicherer stellt für jeden Versicherten einen Versicherungsausweis aus. Dieser sowie eine Abschrift des Gruppenversicherungsvertrages und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung werden dem Versicherten vom Versicherungsnehmer ausgehändigt.

---

**§ 3 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

---

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vereinbartem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung 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 der Versicherte seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) Der Versicherte kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern der Versicherte die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt und die Tarife Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages sind. Der Versicherer ist zur Annahme einer Umwandlungserklärung verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter des Versicherten wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 17 Abs. 6 und 7) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (6) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medi-

zinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

- (7) Verlegt ein Versicherter seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

---

**§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes**

---

- (1) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den hierfür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung, dem jeweiligen Versicherungsausweis sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (2) Der Versicherer übernimmt für alle versicherbaren Personen, für die dem Versicherer eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- (3) Für Krankheiten, die bei Beginn des Versicherungsschutzes nicht mehr behandelt werden und auch nicht behandlungsbedürftig sind, besteht Versicherungsschutz.
- (4) Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist.
- (5) Soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, kann der Versicherer einen aus medizinischen und statistischen Erfahrungen abgeleiteten Zuschlag erheben. Wird die Zahlung des Zuschlags abgelehnt, so gilt für die Krankheiten und deren Folgen oder Folgen von Unfällen, für die er gefordert wurde, Absatz 4 entsprechend.
- (6) Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge im Sinne der Absätze 4 und 5 entfallen für die Zukunft auf Antrag des Versicherten zum Beginn des Monats, der auf den Zugang des Antrages beim Versicherer folgt, wenn die betreffenden Krankheiten und deren Folgen oder Folgen von Unfällen bis zum Zugang des Antrages beim Versicherer weder behandelt worden sind noch behandlungsbedürftig waren und auch für die Zukunft nach ärztlichem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist.

---

**§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr**

---

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt am Ersten des Monats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung beim Versicherer folgt, frühestens jedoch mit dem Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach diesem Zeitpunkt eintreten. Bei einer Änderung des Versicherungsschutzes gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet mit Ablauf des elf-

ten darauf folgenden Monats. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils am Ersten des Monats, der auf den Ablauf des ersten Versicherungsjahres folgt.

## § 6 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern 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 Beginn des Versicherungsschutzes bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
- (3) Nehmen Arbeitnehmer nach vollständiger Arbeitsunfähigkeit (§ 3 Abs. 3) ihre berufliche Tätigkeit mit ärztlicher Zustimmung stufenweise auf, wird das Krankentagegeld für die Dauer der teilweisen Arbeitsunfähigkeit unter Abzug des während dieser Zeit erzielten Nettoeinkommens gezahlt, im Versicherungsfall jedoch längstens für 182 Tage.  
*Zu Abs. 3*  
*Tarif TG: es gilt Nr. 1.3 Tarifteil der AVB-G*
- (4) Der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (5) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen des Versicherten unter die Höhe des seiner Versicherung zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen 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 der Versicherte während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus (§ 6 Abs. 9) behandelt wird. Es können auch nicht niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte gewählt werden, die die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.
- (7) Dem Versicherten steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Auf die Niederlassung kommt es nicht an, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 6 Satz 2 vorliegen.
- (8) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherte zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten bzw. Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat der Versicherte freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

- (10) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 9 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.
- (11) Umwandlung aus älteren Tarifen in Tarife ohne Höchstleistungsdauer: ist für bestimmte Krankheiten oder Unfälle eine bisherige Höchstleistungsdauer erreicht, bedingen sie und ihre Folgen auch nach der Umwandlung keine weiteren Leistungen. Wird die Höchstleistungsdauer im Laufe eines Versicherungsfalles erreicht, der vor dem Umwandlungstermin eingetreten ist, gilt das gleiche.

## § 7 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 auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren; für eine erstmalige Entziehungsmaßnahme, für die kein anderweitiger Anspruch bei Verdienstaustausch (Krankengeld, Übergangsgeld, Krankentagegeld, Leistungen des Arbeitgebers oder ähnliches) besteht, wird das vereinbarte Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.  
*Zu Abs. 1b)*  
*Tarife TG, FT: siehe auch Nr. 3.1 Tarifteil der AVB-G*
  - c) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;  
*Zu Abs. 1c)*  
*Tarife TG, FT: siehe auch Nr. 3.3 Tarifteil der AVB-G*  
*Tarife KGTS, KGT1, KGT2, KTA: es gilt Nr. 1.5 Tarifteil der AVB-G*
  - d) 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 c) genannten Ereignissen steht;
  - e) wenn sich der Versicherte nicht an seinem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass er sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 6 Abs. 9 und 10) oder dass er seinen Wohnsitz zum Zwecke einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung verlässt und der Versicherer vor Beginn dieser Behandlung eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Wird der Versicherte in Deutschland außerhalb seines gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihm das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
  - f) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Ist im Verlaufe einer Arbeitsunfähigkeit eine stationäre

medizinische Rehabilitation erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn und soweit der Versicherer zuvor eine schriftliche Zusage gegeben hat.

*Zu Abs. 1f)*

*Tarife TG, FT: es gilt Nr. 3.2 Tarifteil der AVB-G*

---

## § 8 Anspruch auf Versicherungsleistungen

---

Soweit im Gruppenversicherungsvertrag keine andere Regelung getroffen ist, hat der Versicherte einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

---

## § 9 Auszahlung der Versicherungsleistungen

---

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind, diese werden Eigentum des Versicherers.

*Zu Abs. 1*

*Tarife TG, FT: siehe auch Nr. 4.1 Tarifteil der AVB-G*

- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (4) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

---

## § 10 Obliegenheiten

---

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens drei Tage nach dem vereinbarten Leistungsbeginn durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 8) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 11 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Bei länger als zwei Wochen dauernder Arbeitsunfähigkeit muss der Nachweis unaufgefordert alle zwei Wochen erneuert werden, sofern ihn der Versicherer nicht in anderen Umständen anfordert. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen
- (2) Der Versicherte hat 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 der Versicherte verpflichtet, sich innerhalb drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Verweigert der Versicherte die Nachuntersuchung, kann das Krankentagegeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden. Das Gutachten des Vertrauensarztes ist für den Versicherer maßgebend.

*Zu Abs. 3*

*Tarife TG, FT: es gilt Nr. 4.3 Tarifteil der AVB-G*

- (4) Der Versicherte hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; er hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel des Versicherten ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit

Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

---

## § 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

---

- (1) 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 § 10 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 10 Abs. 5 und 6 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.

---

## § 12 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

---

Der Wegfall einer im Tarif oder im Gruppenversicherungsvertrag bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 14 Abs. 1 b) ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieser Ereignisse erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung der Versicherung empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

---

## § 13 Aufrechnung

---

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

---

## § 14 Ende der Versicherung

---

- (1) Die Krankentagegeldversicherung endet bzw. wird aufgelöst
- a) bei Wegfall einer im Tarif oder im Gruppenversicherungsvertrag bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet die Versicherung 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;

*Zu Abs. 1a)*

*Tarife TU, TB, TBB, TC: siehe auch Nr. 5 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif GTU: siehe auch Nr. 4 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif TG: siehe auch Nr. 9.2 und 9.3 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif FT: siehe auch Nr. 9.2 Tarifteil der AVB-G*

- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Tritt die Berufsunfähigkeit im Laufe einer Arbeitsunfähigkeit ein, endet die Versicherung mit dem Ende des Versicherungsfalles, spätestens jedoch 52 Wochen nach Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit;

*Zu Abs. 1b)*

*Tarif TG: siehe auch Nr. 9.3 Tarifteil der AVB-G*

*Tarif FT: siehe auch Nr. 9.2 Tarifteil der AVB-G*

- c) spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat der Versicherte das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;

Zu Abs. 1c)

Tarife TN2, TN3, TBB: es gilt Nr. 6 Tarifteil der AVB-G  
Tarife GT1, GT2 (G 411/1), GTS, TAA, TAZ: es gilt Nr.  
5.2 Tarifteil der AVB-G  
Tarife GT2 (G 409/1, G 409/2, G 410/1): es gilt Nr. 5.3  
Tarifteil der AVB-G  
Tarif TU: es gilt Nr. 8.2 Tarifteil der AVB-G  
Tarife TB, GTU: es gilt Nr. 7 Tarifteil der AVB-G  
Tarif TC: es gilt Nr. 8 Tarifteil der AVB-G  
Tarife TG, FT: es gilt Nr. 9.1 Tarifteil der AVB-G

- d) mit dem Tod;
- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 3 Abs. 7 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird;
- f) außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt des Versicherers; die vorgenannten Rechtsbehelfe können auch gegenüber dem Versicherten geltend gemacht werden. Die Kündigung kann auf einzelne Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden;
- g) durch die Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.
- (2) Der Versicherte kann die Aufhebung der einzelnen Krankentagegeldversicherungen des Gruppenversicherungsvertrages zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (§ 5 Abs. 2) mit einer Frist von drei Monaten verlangen. Der Versicherer kann, sofern die Aufhebung nur für einzelne Krankentagegeldversicherungen verlangt wird, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Aufhebungsverlangens die Aufhebung der übrigen Krankentagegeldversicherungen zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem dieses wirksam wird.
- (3) Wird ein Versicherter kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann er binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Aufhebung seiner Krankentagegeldversicherung oder einer dafür bestehenden Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Die Aufhebung kann nicht verlangt werden, wenn der Versicherte den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherte hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherte von seinem Recht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherte die Aufhebung seiner Krankentagegeldversicherung oder einer dafür bestehenden Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats verlangen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende der Versicherung zu.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 6 Abs. 5 Gebrauch, so kann der Versicherte die Aufhebung seiner Versicherungen innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilungen an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung verlangen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherte die Aufhebung der Versicherung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung verlangen.
- (5) Der Versicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für 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.
- (6) Der Versicherte und die Mitversicherten haben das Recht, eine nach den Absätzen 2 bis 5 oder wegen

Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 Buchstabe b) beendete Versicherung nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist und der Versicherte bzw. der Mitversicherte die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit noch erfüllt. Liegen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nicht mehr vor, kann eine solche Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortgesetzt werden, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

---

## § 15 Ende des Versicherungsschutzes

---

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – grundsätzlich mit der Beendigung der Versicherung (§ 14). Kündigt der Versicherer den Gruppenversicherungsvertrag, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tag nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.
- (2) Endet die Versicherung wegen Wegfalls einer im Tarif oder im Gruppenversicherungsvertrag bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich das Ende des Versicherungsschutzes nach § 14 Abs. 1 Buchst. a oder Buchst. b.

---

## § 16 Fortführung als Einzelversicherung

---

- (1) Personen, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können in den Fällen des § 14 Abs. 1 Buchst. a und Buchst. g verlangen, die Versicherung unter Beibehaltung der vereinbarten Karenztage und des im Gruppenversicherungsvertrag versicherten Tagegeldsatzes und unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Bei einer Beendigung der Versicherung nach § 14 Abs. 1 Buchst. a ist eine Fortführung nur möglich, wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach einem Krankentagegeldtarif weiter bestehen. Die Personen sind in den Fällen des § 14 Abs. 1 Buchst. g über die Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages und ihr Recht nach Satz 1 vom Versicherer in Textform zu informieren. Das Recht nach Satz 1 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.
- (2) In den Fällen des § 14 Abs. 1 Buchst. a und Buchst. c kann der Versicherte, sofern er länger als drei Monate versichert war, beantragen, seine Krankentagegeldversicherung in eine Krankenhaustagegeldversicherung umzuwandeln.
- (3) Der Antrag auf Umwandlung muss spätestens bis zum Ablauf des zweiten Monats nach Beendigung der Versicherung gestellt werden. Die Umwandlung einer Krankentagegeldversicherung in eine Krankenhaustagegeldversicherung ist nur zulässig, wenn dadurch das beim Versicherer insgesamt versicherte Krankenhaustagegeld einen Tagegeldsatz von 55 EUR nicht übersteigt.
- (4) Bei der Fortführung bzw. Umwandlung wird die Zeit, während der der Versicherte im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf die Fristen und Wartezeiten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife der Einzelversicherung angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung berücksichtigt.

---

## § 17 Beiträge, Beitragsberechnung

---

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Fälligkeit

des Beitrags richtet sich nach den mit dem Versicherungsnehmer im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats, ist für den ersten Versicherungsmonat nur der anteilige Betrag des monatlichen Beitrags zu zahlen. Der erste Versicherungsmonat beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Versicherungsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag. Diese Definition findet auch dann Anwendung, wenn Fristen und Termine, die in den Tarifen geregelt sind, auf Versicherungsmonate abstellen.

- (2) Wird die Versicherung vor Ablauf ihrer Laufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Laufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird die Versicherung durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.
- (3) Der Beitrag wird bei Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag nach dem Eintrittsalter des Versicherten festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (4) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (5) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) des Versicherten berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter des Versicherten 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 Alterwerdens des Versicherten ist jedoch während der Dauer der Versicherung ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (6) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (7) Liegt bei einer Änderung des Versicherungsschutzes 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.
- (8) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

---

### **§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung**

---

- (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 Versicherten erforderlich erschei-

nen 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 Versicherten folgt.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrags 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 Versicherten angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherten mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

---

### **§ 19 Gerichtsstand**

---

- (1) Für Klagen gegen den Versicherten ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherte nach Abschluss des Versicherungsvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat 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.

---

### **§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen**

---

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

## **Anhang**

### **Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)**

#### **§ 14**

##### **Fälligkeit der Geldleistung**

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs 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.

#### **§ 19**

##### **Anzeigepflicht**

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

#### **§ 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 Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

#### **§ 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.

#### **§ 196**

##### **Befristung der Krankentagegeldversicherung**

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

## **Lebenspartnerschaftsgesetz**

### **§ 1 Form und Voraussetzungen**

(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 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer)



# Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

**G**

## KombiMed Krankentagegeld Tarif KTAA

---

### 1. Tarifleistungen

---

- 1.1 Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach § 3 AVB-G, Teil I, Allgemeine Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung (auch an Sonn- und Feiertagen) wird ab vereinbartem Leistungsbeginn Krankentagegeld in vereinbarter Höhe gezahlt.
- 1.2 Als Leistungsbeginn kann einer dieser Termine vereinbart werden:
- |     |          |      |
|-----|----------|------|
| der | 4. Tag   | oder |
| der | 8. Tag   | oder |
| der | 15. Tag  | oder |
| der | 22. Tag  | oder |
| der | 29. Tag  | oder |
| der | 31. Tag  | oder |
| der | 43. Tag  | oder |
| der | 92. Tag  | oder |
| der | 183. Tag |      |
- der Arbeitsunfähigkeit.
- 1.3 Der Leistungsbeginn ist in der Beitrittserklärung anzugeben. Er ergibt sich außerdem aus dem Versicherungsausweis.
- 1.4 Es kann ein Krankentagegeld von 5 EUR oder einem Vielfachen davon, höchstens jedoch 520 EUR versichert werden.
- Für den 280 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden.
- Insgesamt können beim Versicherer durch Einzel- und Gruppenversicherungen nicht mehr als 520 EUR Krankentagegeld versichert werden.
- 1.5 Die Leistungseinschränkung bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt bzw. Entbindung (§ 7 Abs. 1 c) AVB-G) entfällt.

---

### 2. Monatliche Beiträge

---

- 2.1 Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.
- 2.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 17 Abs. 3 AVB-G.

---

### 3. Beitragsrückerstattung

---

- 3.1 Die im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen mit Organisationen der Ärzteschaft bzw. Zahnärzteschaft bestehenden Versicherungen nach KombiMed Krankentagegeld Tarif KTAA bilden einen gesonderten Abrechnungsverband.
- 3.2 Für den Fall der Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gelten die folgenden Voraussetzungen:
- Die Versicherten dürfen für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben,
  - die Versicherung muss innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages während des ganzen Geschäftsjahres bestanden haben und am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch bestehen. Soweit nach den sonstigen Bestimmungen Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht, wird diese auch gezahlt, wenn die Versicherung nach dem 31.12. des Geschäftsjahres durch Tod geendet hat,
  - die Beiträge, die während des Geschäftsjahres fällig geworden sind, müssen bis zum 31. Dezember des betreffenden Geschäftsjahres vollständig entrichtet worden sind.

---

#### 4. **Versicherungsfähigkeit**

---

Nach diesem Tarif ist versicherungsfähig, wer seinen Beruf als Arzt bzw. Zahnarzt selbständig ausübt und aus dieser Tätigkeit regelmäßige Einkünfte hat.

---

#### 5. **Sonstige Bestimmungen**

---

- 5.1 Der § 3 Abs. 6 der AVB-G, Teil I, Allgemeine Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung wird um folgende Bestimmungen ergänzt:  
Für eine im europäischen oder außereuropäischen Ausland eingetretene Arbeitsunfähigkeit ohne stationäre Heilbehandlung besteht jedoch Anspruch auf Krankentagegeld bis zur Höhe der nachgewiesenen Kosten für Heilbehandlung, die in der Leistungszeit wegen der die Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit notwendig wurden.
- 5.2 Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Sie kann bis zum Ende des Monats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird, fortgeführt werden, soweit weiterhin Versicherungsfähigkeit nach Nr. 4 besteht. Die Fortführung ist gegenüber dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 70. Lebensjahres zu erklären. Bei Berufsunfähigkeit im Sinne von § 14 Abs. 1 Buchstabe b) AVB-G endet die fortgeführte Versicherung mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 196 VVG.

---

#### 6. **Anpassung des Versicherungsschutzes**

---

Der Versicherer informiert die Versicherten in Abständen von längstens drei Jahren über die allgemeine Einkommensentwicklung und über die Möglichkeit, entsprechend dieser Entwicklung eine Erhöhung des Krankentagegeldes vorzunehmen. Die Erhöhung kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Das Nettoeinkommen des Versicherten darf auch bei einer solchen Erhöhung nicht überschritten werden (vgl. § 6 Abs. 2 AVB-G, Teil I, Allgemeine Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung).

---

#### 7. **Beitragsanpassung**

---

- 7.1 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 bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- 7.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 7.3 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherten folgt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie  
Rufnummer)