

## Tarif V

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 1.1.2009

### A) Allgemeine Bestimmungen

#### 1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) und Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 4 Abs. 6 MB/KT 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)\* tätig sind.

#### 2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden selbstständig Erwerbstätigen und Arbeitnehmer im Alter von 16 bis 65 Jahren. Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

#### 3. Versicherungsumfang

- a) Das Mindestkrankentagegeld beträgt 1,- Euro. Es kann in ganzen Vielfachen davon versichert oder nachträglich erhöht werden und darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (§ 4 Abs. 2 MB/KT 2009) nicht übersteigen.
- b) Die Versicherung kann mit Leistungsbeginn ab dem 4., 8., 15., 22., 29., 43., 64., 92., 183., 274., 365. und 547. Tag der Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung vereinbart werden. Bei den Leistungsbeginnen 4. und 8. Tag ist eine begrenzte Leistungsdauer bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit möglich.

#### 4. Wartezeiterlass

- a) Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.
- b) Die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, gilt abweichend von § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 auch dann, wenn ein geringerer Krankengeldanspruch als das versicherte Krankentagegeld oder kein Krankengeldanspruch bestand. Diese Anrechnung erfolgt bis zur Höhe des für die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung höchstmöglichen Krankengeldanspruchs; frühestmöglicher Leistungsbeginn ist in diesem Fall der 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung ist, dass gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder der Europa Krankenversicherung AG besteht.  
Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

#### 5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

§§ 2 und 3 MB/KT 2009 gelten entsprechend für die Mehrleistungen nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

#### 6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Bei Abschluss des Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das 1. Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr 1. Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

## B) Leistungen des Versicherers

### I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

#### 1. Leistungshöhe

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

#### 2. Leistungsdauer

Das versicherte Krankentagegeld wird je Versicherungsfall für jeden Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 MB/KT 2009) einschließlich der Sonn- und Feiertage nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt:

##### a) ohne zeitliche Begrenzung nach Tarifstufe

V 4		4.	
V 8		8.	
V 15		15.	
V 22		22.	
V 29		29.	
V 43	ab dem	43.	Tag der Arbeitsunfähigkeit
V 64		64.	
V 92		92.	
V 183		183.	
V 274		274.	
V 365		365.	
V 547		547.	

##### b) mit zeitlicher Begrenzung

nach Tarifstufen mit einem Leistungsbeginn am 4. oder 8. Tag und einem Leistungsende am 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit innerhalb der Leistungsdauer, die durch den vereinbarten Leistungsbeginn und das vereinbarte Leistungsende bestimmt ist.

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 a) bzw. b) MB/KT 2009.

### II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
2. Für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später erstreckt sich bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.
3. Abweichend von § 5 Abs. 1 c) MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
4. Abweichend von § 5 Abs. 1 d) MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
5. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 e) MB/KT 2009 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.

### III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

1. Die Arbeitsunfähigkeit ist durch Vorlage einer die Krankheit bezeichnenden ärztlichen Bescheinigung dem Versicherer spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, an dem dessen Leistungspflicht beginnt.  
Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit muss auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten, vom Behandler auszufüllenden Vordruck wöchentlich nachgewiesen werden.  
Sobald der Versicherte wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig ist, hat der Versicherungsnehmer das binnen drei Tagen anzuzeigen.
2. Ein Wechsel des Behandlers, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 2009 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 2009).

## C) Leistungen des Versicherungsnehmers

### 1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KT 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung. Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

### 2. Monatliche Beitragsraten

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

### 3. Risikozuschläge

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

### 4. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

## D) Beitragsrückerstattung

1. Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann durch Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen geschehen.
2. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats und im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.

## E) Ende und Weiterführung der Versicherung

### 1. Besondere Kündigungsbestimmungen

#### a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird verzichtet, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder der Europa Krankenversicherung AG besteht.

Für den Fall, dass Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs, wenn eine Vorversicherung nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 berücksichtigt wurde.

#### b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei Vereinbarung eines früheren Leistungsbeginns kann der Versicherer die Vereinbarung über diese Mehrleistungen zum Ende des laufenden Versicherungsjahres oder zum Ende eines der folgenden zwei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. § 7 Satz 2 MB/KT 2009 gilt entsprechend.

Der Versicherer verzichtet bei Anpassung des Versicherungsschutzes gemäß Abschnitt F auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn auch für die bestehende Versicherung kein ordentliches Kündigungsrecht ausgeübt werden kann.

### 2. Weiterführung der Versicherung

#### a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

Bei einer Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag für die Dauer der Dienstleistung als Ruhensversicherung fortzuführen; ansonsten endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des der Einberufung folgenden Monats.

#### b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

Bei vorübergehender Nichtausübung der selbstständigen Tätigkeit trotz Arbeitsfähigkeit und bei Arbeitslosigkeit ruhen die beiderseitigen Rechte und Pflichten bis zur Dauer von zwölf Monaten. Mit Ablauf dieser Zeit erlischt die Versicherung für die betroffenen Personen. Beginn und Ende der Arbeitslosigkeit sind durch Vorlage geeigneter Bescheinigungen nachzuweisen.

#### c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 15 Abs. 1 a) MB/KT 2009 in Verbindung mit Abschnitt A 2 der Tarifbedingungen) kann die Versicherung für die Dauer des Rentenbezugs als Anwartschaftsversicherung weitergeführt werden. Bei Bezug von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung kann der Ausfall eines zusätzlich erzielten Arbeitsentgelts bis zu dem im Rentenbescheid angegebenen höchstmöglichen Hinzuverdienst unter Wahrung der bisherigen Rechte versichert werden; im Hinblick auf die Höhe und den Leistungsbeginn des zu versichernden Krankentagegeldes sowie die grundsätzliche Aufnahmefähigkeit des ausgeübten Berufs gelten die jeweils aktuellen Annahmeveraussetzungen für das Neugeschäft. Für das zusätzlich erzielte Arbeitsentgelt darf die Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes nicht überschritten werden. Eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 Abs. 2 MB/KT 2009 wird um die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes reduziert.

d) Vollendung des 65. Lebensjahres

Mit Vollendung des 65. Lebensjahres hat die versicherte Person das Recht, gemäß § 15 Abs. 1 c) MB/KT 2009 in Verbindung mit § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen. Soweit von diesem Recht kein Gebrauch gemacht wird, endet das Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres.

e) Ehescheidung

Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungs Urteil vor, haben die geschiedenen Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile selbstständig fortzuführen, soweit die Voraussetzungen dann noch vorliegen.

## F) Anpassung des Versicherungsschutzes

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, oder zum 1. des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

## G) Tarifierfassung

### 1. Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (männliche und weibliche Personen) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KT 2009 Anwendung.

### 2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KT 2009 bleibt unberührt.

---

### Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes, der Leistungsbeginn und gegebenenfalls das Leistungsende sind aus der Tarifbezeichnung ersichtlich.

Zum Beispiel:

V 8/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich

V 43/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,- Euro Krankentagegeld täglich

V 8-42/50 = ab dem 8. bis 42. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich