

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/bKV 2017)

## Inhaltsbeschreibung:

Diese Versicherungsbedingungen (AVB Teil I) beschreiben zusammen mit den Tarifbedingungen (AVB Teil II) der Tarife, die der Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) im Rahmen einer betrieblichen Krankenversicherung für die versicherte Person (Arbeitnehmer) abgeschlossen hat, den Versicherungsschutz der versicherten Person sowie Rechte und Pflichten derselben und des Versicherungsnehmers. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) bietet in der betrieblichen Krankenversicherung Leistungen in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der Krankentagegeldversicherung und der Pflegekrankenversicherung, folgend allgemein bezeichnet mit „Versicherungsarten“.

Der **Abschnitt A** (Allgemeiner Teil) der folgenden Bedingungen enthält Regelungen, die für alle Versicherungsarten gelten.

Der **Abschnitt B** (Besonderer Teil) der folgenden Bedingungen enthält ergänzende Regelungen, die für die speziellen Versicherungsarten (Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung oder Krankentagegeldversicherung oder Pflegekrankenversicherung) gelten.

## A. Allgemeiner Teil

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet im Versicherungsfall (Definition siehe unten Abschnitt B I 1, B II 1 und B III 1) Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I AVB/bKV mit Anhang und Teil II Tarif mit Tarifbedingungen), späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(3) Der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ergibt sich jeweils aus Abschnitt B I 1, B II 1 und B III 1.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt frühestens am Ersten des auf die Anmeldung der versicherten Person durch den Versicherungsnehmer folgenden Monats beim Versicherer. Der Versicherungsbeginn erfolgt jedoch niemals vor Abschluss des Kollektivvertrages. Das erste Versicherungsjahr des Versicherungsschutzes beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn und endet an dem auf den Versicherungsbeginn folgenden 30. Juni. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen am 01. Juli eines Jahres und enden am 30. Juni des darauffolgenden Jahres. Ein Wechsel des Tarifs bzw. der Tarifstufe oder Erhöhung eines Tagegeldes hat keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr, soweit der Tarif nichts anderes bestimmt.

(2) 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, sofern solche vorgesehen sind, in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Absätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### § 3 Wartezeiten

Der Tarif (Teil II) kann Wartezeiten vorsehen.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

(2) Der Versicherer gibt auf Verlangen der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat die versicherte Person das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen.
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, die der Versicherungsnehmer ihm in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat und für die die ordnungsgemäßen Nachweise erbracht wurden. Über Gesundheitsfragen und Fragen zur Gewährung von Versicherungsleistungen erfolgt die Korrespondenz direkt zwischen der versicherten Person und dem Versicherer. Zu diesem Zweck holt der Versicherer bei der versicherten Person die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie die Entbindung der Schweigepflicht ein.

(2) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.

(3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn ihm die durch die versicherte Person unterschriebene Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie die Entbindung von der Schweigepflicht vorliegen und die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(5) Der versicherten Person steht gegen den Versicherer ein unmittelbarer Rechtsanspruch auf tarifliche Versicherungsleistungen zu.

(6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Dies gilt nicht, wenn und soweit eine Klinik-Card ausgegeben und verwendet worden ist.

### § 7 Prämienzahlung

(1) Die nicht rechtzeitige Zahlung der Erstprämie oder einer Folgeprämie durch den Versicherungsnehmer kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(2) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil der Prämien bzw. der Prämienrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bzw. die Prämienrate bis zum Wirksamwerden

der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil die erste Prämie bzw. die erste Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

#### **§ 8 Prämienberechnung**

Die Berechnung der Prämien erfolgt nach Art der Schadenversicherung ohne Bildung einer Alterungsrückstellung.

#### **§ 9 Obliegenheiten**

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 1) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen bzw. die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere Entbindung von der Schweigepflicht), die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

#### **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

#### **§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

(1) Hat eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Die versicherte Person hat (ihren) 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.

(3) Verletzt die versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht der versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

#### **§ 12 Aufrechnung**

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

#### **§ 13 Ende des Versicherungsschutzes**

(1) Der Versicherungsschutz einer versicherten Person endet

- a) mit Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis;
- b) mit dem Tod der versicherten Person;
- c) durch Rücktritt, Anfechtung und außerordentliche Kündigung;
- d) bei Verlegung des Wohnsitzes in das außereuropäische Ausland, soweit sich das Versicherungsverhältnis nicht aufgrund anderweitiger Vereinbarung im Sinne des Absatzes 7 fortsetzt;
- e) bei Wegfall einer im Tarif (Teil II) bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die

Voraussetzung weggefallen ist. Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen;

f) durch Beendigung des Kollektivvertrages.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

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

(4) Vermindert der Versicherer seine Leistungen gemäß § 17 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

(5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers in der Einzelversicherung (§ 14) fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben.

(6) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt, gilt Absatz 5 Sätze 1 und 2 entsprechend. Hingegen gilt Absatz 5 Sätze 1 und 2 nicht, wenn der Versicherer die Kündigung gemäß § 13 Absatz 1 c) in Verbindung mit Absatz 2 auf einzelne versicherte Personen beschränkt.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

#### **§ 14 Fortführung als Einzelversicherung**

(1) Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach § 13 Absatz 1a), c) und f) sowie Absatz 4 können die versicherten Personen die Weiterversicherung unter Anrechnung der aus dem Versicherungsvertrag erworbenen Rechte zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach Art der Schadenversicherung beantragen. Dieses Recht besteht nicht, wenn der Versicherer von seinem außerordentlichen Kündigungsrecht gegenüber einer einzelnen versicherten Person gemäß § 13 Absatz 1c) in Verbindung mit § 13 Absatz 2 Gebrauch macht. Soweit sich keine Mehrleistungen ergeben, werden Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Laufzeit des Kollektivvertrages aufgetreten sind, ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Versicherungsschutz übernommen. Der Antrag auf Umwandlung muss spätestens zwei Monate nach Beendigung des Kollektivvertrages bzw. nach dem Ausscheiden aus dem Kollektivvertrag bzw. Kenntnisnahme dieses Rechts gestellt werden.

(2) Bei der Umwandlung in eine Einzelversicherung nach Art der Schadenversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen des Kollektivvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Fristen und Wartezeiten der Einzelversicherung angerechnet.

#### **§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer können in Textform erfolgen.

#### **§ 16 Gerichtsstand**

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Sitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers, am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt der versicherten Person oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Wird der Sitz des Versicherungsnehmers nach Vertragsabschluss in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, verlegt oder ist sein Sitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

### § 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, z. B. insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern (vgl. Abschnitt B II 1c), können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer und versicherten Personen erforderlich erscheinen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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.

## B. Besonderer Teil - einzelne Versicherungsarten

Dieser Abschnitt B enthält für einzelne Versicherungsarten den Abschnitt A ergänzende Regelungen. Er teilt sich auf in Regelungen zur

- I Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
- II Pflegekrankenversicherung
- III Krankentagegeldversicherung

Relevant für den Versicherungsschutz sind immer nur die Versicherungsarten (Abschnitt B I, B II oder B III) für die im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung auch ein Tarif abgeschlossen ist.

#### Beispiel 1:

Der Tarif bKV-Akut sieht Kostenerstattung für stationäre Unterbringung im Krankheitsfall (Krankheitskosten) und ein Pflegezeitgeld (Pflegekrankenversicherung) nach Unfall vor. Für diesen Tarif gelten im Folgenden die Regelungen zu B I und B II.

#### Beispiel 2:

Der Tarif bKV-Zahn sieht Kostenerstattung im Krankheitsfall (Krankheitskosten) vor. Es gelten die Regelungen unter Abschnitt B I.

Die Tarifbedingungen selbst enthalten durch Nennung der Abschnitts-Bezeichnung (z. B. Verweis auf Abschnitt B I in Tarif bKV-Zahn) ausdrückliche Hinweise welche der folgenden Regelungen für den jeweiligen Tarif gelten.

## I Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

### 1 Versicherungsfall und Geltungsbereich (ergänzend zu Abschnitt A § 1)

- (a) Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
  - in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (b) Versicherungsfall ist in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.

Versicherungsfall sind in der Krankheitskostenversicherung außerdem ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) und jede andere gezielt auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung, sowie Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(c) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung.

(d) Der Versicherungsfall endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

(e) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber Abschnitt A § 13 Absatz 7). Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bis zu zwölf Monaten besteht auch ohne besondere Vereinbarungen Versicherungsschutz. Ab einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten wird von einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ausgegangen; es gelten die Regelungen in Abschnitt A § 13 Absatz 7. Bei der Berechnung eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen nicht berücksichtigt. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwölf Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(f) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, begrenzt der Versicherer seine Leistungen in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Behandlungen in den genannten Staaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland) (z. B. Begrenzung auf die BpflV oder das KHEntgG). Durch besondere Bedingungen kann vereinbart werden, dass der Versicherer seine Leistungen auch bei Behandlungen in den nicht genannten Staaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland) begrenzt. Im Rahmen dieser besonderen Bedingungen kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen. Der Abschluss der besonderen Bedingungen kann vom Versicherungsnehmer spätestens zwei Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland beantragt werden. Ohne besondere Bedingungen gilt Satz 1.

## 2 Umfang der Leistungspflicht (ergänzend zu Abschnitt A § 4)

(a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden. Heilpraktiker im Sinne dieser Bedingungen sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.

(b) Der Versicherer erstattet auch die Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Krankenhausambulanzen und medizinischen Versorgungszentren, sofern ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht.

(c) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in (a) genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(d) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern sowie Bundeswehrkrankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet. Der Versicherer leistet auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlungen (Anschlussheilbehandlungen) nach einem

Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird.

(e) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von (d) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Eine schriftliche Leistungszusage ist jedoch dann nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelt oder wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist oder ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern.

Eine vorherige Leistungszusage ist ebenfalls nicht erforderlich, wenn während des Aufenthaltes eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(f) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(g) In der Krankheitskostenversicherung kann die versicherte Person vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist. Bei gebührenrechtlichen Fragen bietet der Versicherer ebenfalls rechtliche Unterstützung an.

### **3 Einschränkung der Leistungspflicht (ergänzend zu Abschnitt A § 5)**

- (a) Ergänzend zu Abschnitt A § 5 besteht keine Leistungspflicht
- (aa) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- (ab) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, es sei denn, dass der Versicherer die Leistung vorher zugesagt hat oder der Tarif eine andere Regelung vorsieht; der Versicherer kann ein Gutachten eines von ihm bestimmten Arzt verlangen;
- (ac) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- (ad) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- (ae) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

(b) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche der versicherten Person auf Krankenhaustagegeld und Krankentagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(d) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

(e) Die Leistungseinschränkung bei Kriegsereignissen gemäß Abschnitt A § 5 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

(f) Abweichend von Abschnitt A § 5 a) wird für eine nach Versicherungsbeginn eingetretene anerkannte Wehrdienstbeschädigung unter Beachtung von Abschnitt B 3 (c) (siehe oben) geleistet.

### **4 Obliegenheiten**

#### **(ergänzend zu Abschnitt A § 9)**

(a) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(b) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

### **5 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

#### **(ergänzend zu Abschnitt A § 6)**

(a) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Behandelnden mit Ziffern der Gebührenordnung und Steigerungssatz sowie jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, sind die Kostenbelege mit einer Bestätigung der gesetzlichen Krankenversicherung über die von ihr gezahlten Beträge vorzulegen.

(b) Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

## **II Pflegekrankenversicherung**

### **1 Versicherungsfall und Geltungsbereich**

#### **(ergänzend zu Abschnitt A § 1)**

(a) Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer in vertraglichem Umfang ein Pflegegeld. Der Ersatz von Aufwendungen ist nicht mitversichert.

(b) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von Abschnitt B II Nr. 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

(c) Der Versicherungsfall endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(d) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland und in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

## 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

(a) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz (c) festgelegten Schwere bestehen.

(b) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes (a) Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

### (ba) Mobilität:

Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

### (bb) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

### (bc) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;

### (bd) Selbstversorgung:

Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

### (be) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführungsmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

### (bf) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter (ba) bis (bf) genannten Bereiche berücksichtigt.

(c) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz (b) genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(d) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(e) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze (c) und (d) entsprechend.

(f) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

## 2 Einschränkung der Leistungspflicht (ergänzend zu Abschnitt A § 5)

In der Pflegekrankenversicherung gelten die unter Abschnitt A § 5 Buchstaben a) und b) genannten Einschränkungen der Leistungspflicht bei Pflegebedürftigkeit gleichermaßen. Keine Leistungspflicht besteht darüber hinaus bei Pflegebedürftigkeit

- für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen;
- während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- während eines Aufenthaltes außerhalb eines Mitgliedsstaats der Europäischen Union oder Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

## 3 Auszahlung der Versicherungsleistungen (ergänzend zu Abschnitt A § 6)

Für die Pflegekrankenversicherung sind die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad maßgebend. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad. Dementsprechende Nachweise sind dem Versicherer vorzulegen. Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades sowie über die Art der Pflege können vom Versicherer verlangt werden. Fällige Pflegegeldleistungen werden für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit nachträglich ausgezahlt.

#### 4 Obliegenheiten (ergänzend zu Abschnitt A § 9)

Eine weitere Pflegekrankenversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen, die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden. Ausgenommen hiervon ist jede Pflegeversicherung, die eine die gesetzliche Versicherungspflicht erfüllende gesetzliche oder private Krankenversicherung ergänzt und staatlicher Förderung unterliegt.

#### 5 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

(a) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(b) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (Abschnitt A § 6 Abs. 1) die Zuordnung nach Absatz (a) schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(c) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung oder die Pflegebedürftigkeit endet.

### III Krankentagegeldversicherung

#### 1 Versicherungsfall und Geltungsbereich (ergänzend zu Abschnitt A § 1)

(a) Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit im versicherten Umfang ein Krankentagegeld gegen Verdienstausschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen.

(b) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(c) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung.

(d) Der Versicherungsfall 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. Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung seines Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengezählt. Als Karenzzeit gilt dabei der Zeitraum zwischen dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird und dem vereinbarten Beginn der tariflichen Krankentagegeldleistung. Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, so gilt hierfür keine neue Karenzzeit. Der Tarif kann Regelungen für eine Teilarbeitsunfähigkeit vorsehen.

(e) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland. 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 medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(f) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat 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.

#### 2 Umfang der Leistungspflicht (ergänzend zu Abschnitt A § 4)

(a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(b) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(c) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 5 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers gewährt. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(d) 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 zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht. Die Karenzzeit darf nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein. Dabei können bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes solche Krankentagegelder unberücksichtigt bleiben, die zur Abdeckung von Prämienzahlungen zur Krankenversicherung, gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung anfallen.

(e) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet auch bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

(f) Der Eintritt und die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat die versicherte Person zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweise der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

---

### **3 Einschränkung der Leistungspflicht (ergänzend zu Abschnitt A § 5)**

Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

(a) wegen Krankheiten oder Unfallfolgen, die auf eine durch Alkohol bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

(b) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet;

(c) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. Abschnitt A § 4 Absatz 5 und 6).

Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

(d) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

(e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, es sei denn, dass der Tarif eine andere Regelung vorsieht oder der Versicherer die Leistung aufgrund eines ärztlich ausführlich begründeten Attests vorher zugesagt hat. Der Versicherer kann ein Gutachten eines von ihm bestimmten Arzt verlangen.

### **4 Auszahlung der Versicherungsleistungen (ergänzend zu Abschnitt A § 6)**

(a) Das Krankentagegeld wird wöchentlich nachschüssig gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.

(b) Kosten für Überweisung von Krankentagegeld werden nicht berechnet.

### **5 Obliegenheiten**

#### **(ergänzend zu Abschnitt A § 9)**

(a) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zu dem Tage zu melden, von dem an das Krankentagegeld gezahlt wird. Eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angabe aller Krankheiten (vollständige Diagnose) ist beizufügen und innerhalb von drei Tagen nachzureichen. Eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer 14-täglich nachzuweisen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des Abschnitt B III 2 b) gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(b) Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. unten Abschnitt B III 6 zu Abschnitt A § 13 ) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

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

### **6 Beendigung des Versicherungsschutzes (ergänzend zu Abschnitt A § 13)**

(a) In der Krankentagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis auch

(aa) bei Wegfall einer im Tarif 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 das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

(ab) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, 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;

(ac) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.