

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Aussagen, die sich nur auf einen bestimmten Tarif beziehen, ist die Tarifbezeichnung vorangestellt; alle anderen Aussagen betreffen alle Tarife. **Diese Informationen sind nicht abschließend.** Einzelheiten Ihres Versicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie eventuell sonstigen getroffenen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

### Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

**PROTAG:** Krankentagegeldversicherung, mit der Sie Ihr Einkommen bei Arbeitsunfähigkeit, Mutterschutz und Entbindung sichern



#### Was ist versichert?

##### PROTAG:

- ✓ Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit und Mutterschutz ab dem vereinbarten Tag in vereinbarter Höhe



#### Was ist nicht versichert?

- ✗ Wir leisten nicht, wenn ein Versicherungsfall vom Versicherten vorsätzlich herbeigeführt wurde. Das gilt auch für die daraus resultierenden Folgen.
- ✗ Bei Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder werden nur die Sachkosten erstattet.



#### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Je nach Tarif kann es prozentuale und/oder absolute Selbstbeteiligungen geben, die pro Person und Kalenderjahr gelten.



#### Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben Versicherungsschutz in Deutschland sowie bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.
- ✓ Bitte informieren Sie uns unbedingt im Vorfeld, wenn Sie einen Umzug ins Ausland planen.



#### Welche Verpflichtungen habe ich?

##### ... vor Vertragsabschluss

- Beantworten Sie unsere Fragen im Rahmen der Antragstellung oder Angebotsanforderung wahrheitsgemäß. Fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben können dazu führen, dass wir vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder eine nachträgliche Anpassung des Vertrags vornehmen. Detaillierte Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ des jeweiligen Antrags/Vertragsangebots.

##### ... während der Vertragslaufzeit

- Dem Abschluss einer weiteren Krankentagegeldversicherung müssen wir zustimmen.
- Kommen Sie diesen oder weiteren Pflichten während der Vertragslaufzeit nicht nach, kann dies zu einer teilweisen oder vollständigen Leistungskürzung führen. In der Zusatz- und Pflegeversicherung kann es sogar zu einer Kündigung des Vertrages kommen.

##### ... bei Eintritt des Versicherungsfalles

- Um Ihre Leistung zu erstatten, benötigen wir die Rechnungen, Rezepte und Bescheinigungen. Bei offenen Fragen zum Versicherungsfall sind Sie zu jeder Auskunft verpflichtet, die wir zur Feststellung unserer Leistungsverpflichtung benötigen.



#### Wann und wie zahle ich?

- Sie müssen den ersten Beitrag spätestens am Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns zahlen. Wird der Vertrag nach Versicherungsbeginn geschlossen, ist der erste Beitrag mit Vertragsschluss fällig. Die darauf folgenden Beiträge sind monatlich zum ersten des jeweiligen Monats fällig.
- Wird der erste oder folgende Beitrag durch Ihr Verschulden nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies zum Ruhen Ihres Versicherungsschutzes führen, soweit Sie mit diesem Versicherungsverhältnis die Pflicht zur Versicherung erfüllen (Vollversicherung). Ansonsten kann es sogar zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.



#### Wann beginnt und endet die Deckung?

- In der Anmeldung bzw. im Versicherungsschein steht der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn. Ab diesem Versicherungsbeginn haben Sie Versicherungsschutz, sofern keine Wartezeiten gelten. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit z.B. für zahnärztliche Behandlungen und Psychotherapie beträgt 8 Monate.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Die Krankentagegeldversicherung endet in der Regel mit dem Bezug von Altersrente, dem Eintritt der Berufsunfähigkeit oder dem Wegzug ins außereuropäische Ausland. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Versicherung jedoch weitergeführt werden.



#### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende jedes Versicherungsjahres kündigen. Nach Vertragsbeginn ist dies erstmals nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren möglich.
- Abweichend davon beträgt die Mindestvertragsdauer 1 Jahr.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Eine Kündigung bedarf der Textform und ist an die HALLESCHE zu richten.

## Wesentliche Merkmale des Tarifs KT

- Krankentagegeld von dem Tag der Arbeitsunfähigkeit an, der durch die Tarifstufe bezeichnet wird

## Tarif KT

Krankentagegeldversicherung  
Fassung Januar 2013

**PROTAG**

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KT 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KT 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die Einkommen aus einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit beziehen; in Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger auch solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen. In diesen Tarif können alle versicherungsfähigen Personen aufgenommen werden, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet.

#### II. Höhe des Krankentagegeldes; Karenzzeit

1. Das Krankentagegeld darf nur bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens versichert werden. Dabei sind sonstige Krankentage- oder Krankengelder zu berücksichtigen.
2. Bei Arbeitnehmern soll die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit (Lohn, Gehalt, Krankenzulage bzw. Krankenbeihilfe u. dgl.) der Karenzzeit (Zeit vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zu dem Tag, von dem an Krankentagegeld gezahlt wird) der gewählten Tarifstufe entsprechen. Die Karenzzeit der gewählten Tarifstufe darf jedoch nicht kürzer sein als die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts.
3. Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit neu. In Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.

#### III. Versicherungsleistungen

1. Das versicherte Krankentagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung und unter Einschluss von Sonn- und Feiertagen von dem Tag der Arbeitsunfähigkeit an gezahlt, der durch die Tarifstufe bezeichnet wird,

nach Tarifstufe KT.22	vom	22. Tag
nach Tarifstufe KT.29	vom	29. Tag
nach Tarifstufe KT.43	vom	43. Tag
nach Tarifstufe KT.64	vom	64. Tag
nach Tarifstufe KT.92	vom	92. Tag
nach Tarifstufe KT.183	vom	183. Tag
nach Tarifstufe KT.274	vom	274. Tag
nach Tarifstufe KT.365	vom	365. Tag

Ist Tarifstufe KT.365 von einem Arbeitnehmer vereinbart und überschreitet die Dauer der Fortzahlung des Entgelts durch den Arbeitgeber 364 Tage, wird das vereinbarte Krankentagegeld der Tarifstufe 365 von dem Tage an gezahlt, der auf den Wegfall der Entgeltfortzahlung folgt.

2. Bei Arbeitnehmern wird im Falle einer im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen durchgeführten Kurzarbeit das Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit auch während der im Tarif vereinbarten Karenzzeit gezahlt, jedoch begrenzt auf den Betrag des bei Arbeitsunfähigkeit wegfallenden und nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Kurzarbeitergeldes, dessen Höhe nachzuweisen ist. Nach Ablauf der Karenzzeit erfolgt die Zahlung des Krankentagegeldes in der versicherten Höhe.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

Fassung Januar 2013

**PROTAG**

## Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)

## Teil II Tarifbedingungen (TB/KT 2013)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus: Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KT 2009]), Teil II (Tarifbedingungen [TB/KT 2013]) und Teil III (Tarifen). Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

### Der Versicherungsschutz

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

##### I

1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

2 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

3 Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

4 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rück-

stellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

7 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.

8 Verlegt eine versicherte Person ihren 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.

##### II

1 *Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen.*

2 *In Erweiterung von § 1 (3) MB/KT 2009 leistet der Versicherer auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu 8 Wochen. Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht. Eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben liegt vor,*

- *wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 (3) MB/KT 2009 von mindestens*

zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und

- solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet.

3 Der Versicherungsschutz kann über den Rahmen von § 1 (7) MB/KT 2009 hinaus ausgedehnt werden. Hierzu ist eine vorherige schriftliche Vereinbarung, gegebenenfalls auch über besondere Bedingungen erforderlich.

4 Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und andere Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

5 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen der unter § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten, verpflichtet sich der Versicherer auf Antrag eine besondere Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen. Auf Antrag wird das Versicherungsverhältnis auch in eine Anwartschaft umgewandelt. Der Abschluss dieser besonderen Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bzw. die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt werden.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes (Wegzug) in einen anderen Staat als den in § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten gelten ab Beginn des Auslandsaufenthaltes § 15 (1)e) MB/KT 2009.

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

### I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### II

1 Abweichend von § 2 MB/KT 2009 sind auch vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt. Dies gilt jedoch nur, wenn diese Versicherungsfälle dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt und keine entgegenstehenden besonderen Bedingungen vereinbart worden sind. Diese Regelung gilt entsprechend für die Mehrleistung nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

2 Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ursprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

## § 3 Wartezeiten

### I

1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

3 Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

4 Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

5 Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

6 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### II

1 Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KT 2009 verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn neben der Krankentagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

2 Die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit wird auf die Wartezeiten angerechnet.

3 Der in § 3 (4) MB/KT 2009 vorgesehene Wartezeiterlass ist in Verbindung mit einem ärztlichen Untersuchungsbefund, der auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck einzureichen ist, zu beantragen. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung der zu versichernden Person trägt der Antragsteller.

4 Bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 (5) MB/KT 2009 wird die in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten für das gesamte versicherte Krankentagegeld angerechnet. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf freie Heilfürsorge ausscheiden.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

### I

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 Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

4 Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage 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.

5 Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

6 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

7 Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

9 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

## II

*1 Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, wenn er innerhalb von 2 Monaten zum nächsten Monatsersten gestellt wird. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegeldes Leistungspflicht besteht.*

*Die Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auf Verlangen nachzuweisen. Im Falle der Beendigung eines Arbeitnehmerverhältnisses und Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit gilt die Regelung über die Verkürzung der Karenzzeiten bei einer Änderung der Entgeltfortzahlungsdauer bei Arbeitnehmern sinngemäß.*

*2 Verlängert sich der Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts auf einen Zeitraum, der über die vertraglich vereinbarte Karenzzeit hinausgeht, kann der Versicherer die Karenzzeit der Entgeltfortzahlungsdauer anpassen. Die Anpassung wird mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis des Versicherers von dem veränderten Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts vorgenommen.*

*3 Eintritt und Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit sollten auf Vordrucken des Versicherers bescheinigt werden.*

*4 Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (9) MB/KT 2009 ist nicht erforderlich,*

*a) wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder*

*b) für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde.*

*5 Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung.*

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

### I

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;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Abs. 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). 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;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

2 Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

## **II**

1 Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)a MB/KT 2009 gilt nicht für Kriegsereignisse im Ausland, wenn

- a) für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht oder
- b) eine Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Landes gehindert wird.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1)a MB/KT 2009.

2 Abweichend von § 5 (1)b MB/KT 2009 wird bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer die Leistung vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Leistung ist unter Anrechnung anderweitiger Ansprüche auf Krankentagegeld und Lohnersatzleistungen begrenzt auf 80% des Nettoeinkommens. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden.

3 Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)c MB/KT 2009 entfällt.

4 Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)d MB/KT 2009 gilt nur für den Zeitraum während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.

5 Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)f MB/KT 2009 gilt nicht,

- a) wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat, oder
- b) wenn ein anderweitiger Aufenthalt in Deutschland sowie dessen voraussichtliche Dauer dem Versicherer vorab in Textform benannt wird, die versicherte Person dort postalisch erreichbar ist und zum Zeitpunkt der Benennung kein Nachuntersuchungstermin anberaunt ist.

6 Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1)g MB/KT 2009 gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers. Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld und Übergangsgeld werden auf das Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem Krankentagegeld das Nettoeinkommen nach § 4 (2) MB/KT 2009 übersteigen.

7 Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (2) MB/KT 2009 gilt nicht für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung gilt ebenfalls nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat sowie unter den Voraussetzungen von Nr. 5b) der Tarifbedingungen.

## **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

### **I**

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

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

3 Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

4 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

5 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

### **II**

1 Das Krankentagegeld wird für die nachgewiesene Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachträglich ausbezahlt.

2 Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

### I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a) oder b).

## Pflichten des Versicherungsnehmers

## § 8 Beitragszahlung

### I

1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsraten als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2 Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

4 Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

5 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

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

7 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

### II

1 Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

2 Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.

3 Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

## § 8a Beitragsberechnung

### I

1 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

3 Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4 Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

### II

Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

## § 8b Beitragsanpassung

### I

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

3 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

### II

*Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b(1) Satz 2 der MB/KT 2009 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.*

*Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag geändert werden.*

## § 9 Obliegenheiten

### I

1 Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

2 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

4 Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

5 Jeder Berufswechsel der versicherten Person 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.

### II

*1 Der Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Tage des festgelegten Leistungsbeginns anzuzeigen. Die ärztliche Bescheinigung muss auch die Bezeichnung der Krankheit enthalten.*

*2 Die Frist für den Nachweis der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit wird dem Versicherten jeweils im Versicherungsfall mitgeteilt.*

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

### I

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 § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

**2 Wird eine der in § 9 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.**

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

## § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

### I

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b)) 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.

## § 12 Aufrechnung

### I

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

#### I

1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

3 Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

4 Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

6 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündi-

gung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

#### II

1 *Bei fristgerechter Kündigung gemäß § 13 (3) MB/KT 2009 endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Der Versicherungsschutz endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Versicherungsnehmer in der Kündigungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen.*

2 *Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Verzicht auf die Einhaltung neuer Wartezeiten wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von 6 Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.*

3 *Die Versicherungspflicht in einem der in § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten steht der Versicherungspflicht gemäß § 13 (3) MB/KT 2009 gleich.*

4 *Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen der unter § 1 (8) MB/KT 2009 genannten Staaten kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Versicherungsverhältnis innerhalb von 2 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts kündigen.*

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

#### I

1 Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

4 Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

#### II

1 *Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (1) MB/KT 2009.*

2 Die Rechte des Versicherers gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 VVG bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragschluss bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

##### I

1 Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- a) 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;
- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, 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;
- c) 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;
- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

2 Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

##### II

1 Endet die selbstständige berufliche Tätigkeit und besteht zu diesem Zeitpunkt Versicherungsschutz nach einer Tarifstufe, die selbstständige berufliche Tätigkeit voraussetzt, so hat der Versicherte das Recht, in eine Tarifstufe überzuwechseln, die ein festes Arbeitsverhältnis als Arbeitnehmer vorsieht.

2 Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 (1a) MB/KT 2009 auf 9 Monate. Dauert die Arbeitslosigkeit länger, so wird nach Ablauf der 9 Monate bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber für 3 weitere Monate, 50% des versicherten Tagegeldes gezahlt, jedoch höchstens 25 € täglich. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. § 15 (1b) MB/KT 2009 bleibt unberührt.

3 Ist wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein Rentenantrag gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 (1b) MB/KT 2009 noch nicht entschieden, so wird im Fall eines bereits eingetretenen Versicherungsfalles, abweichend von § 15 (1b) MB/KT 2009, das Versicherungsverhältnis nicht beendet; nach Ablauf dieser Frist wird 50% des versicherten Krankentagegeldes, jedoch höchstens 25 € je Tag der Arbeitsunfähigkeit, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person den Rentenbescheid oder den Bescheid über die Ablehnung des Rentenantrags erhält, längstens jedoch für weitere 3 Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.

4 Unbeschadet der Leistungen gemäß § 15 Nr. 3 der Tarifbedingungen endet das Versicherungsverhältnis mit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, mit Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 (1b) MB/KT 2009) oder mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente für den bisher ausgeübten Beruf. Über die in § 15 (2) MB/KT 2009 genannten Fälle hinaus kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.

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

5 Die Fortsetzung eines Versicherungsverhältnisses in Form einer Anwartschaftsversicherung nach § 15 (2) MB/KT 2009 und § 15 Nr. 4 der Tarifbedingungen ist innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Kündigung, seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu beantragen.

6 Abweichend von § 15 (1b) MB/KT 2009 kann das Versicherungsverhältnis bei Berufsunfähigkeit auf Antrag weiter-

geführt werden. Voraussetzung dafür ist, dass weiterhin Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit bezogen wird. Die sonstigen Beendigungsgründe nach § 15 (1a) und c) bis e) MB/KT 2009 bleiben davon unberührt.

**7 Die Krankentagegeldversicherung endet mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person. 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 6 Monate vor dem Ende der Versicherung hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von 2 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. Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht auf das Ende der Versicherung nach Satz 3 hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt 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.**

**8 § 15 Nr. 7 Satz 2 und 4 der Tarifbedingungen gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach § 15 Nr. 7 Satz 4 und 5 der Tarifbedingungen eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.**

**9 Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.**

**10 Der Abschluss einer besonderen Vereinbarung nach § 15 (1e) MB/KT 2009 muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt werden.**

**11 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als den in § 1 (8) MB/KT 2009 genannten wird das Versicherungsverhältnis auf Antrag auch in eine Anwartschaft umgewandelt. Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.**

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

#### I

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

### § 17 Gerichtsstand

#### I

1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer 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 Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

#### I

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

2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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.

## Anhang – Auszug aus den Gesetzen

### Versicherungsvertragsgesetz [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

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

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

#### § 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.

## Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung - Inland

### Fassung Januar 2013

Diese Zusatzbedingungen ergänzen oder ändern für Versicherungsverhältnisse im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzelversicherung.

#### **§ 1 Versicherungsfähigkeit, Versicherungsnehmer, Versicherte Personen**

1 Versicherungsfähig sind alle Personen, die nach dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind und die sonstigen Tarif- und Aufnahmevoraussetzungen erfüllen.

2 Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze als der Vertragspartner des Versicherers.

3 Hauptversicherte sind die nach den Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmten Personen, soweit sie dem Versicherer gemeldet sind.

4 Mitversicherte Personen sind die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Lebensgefährten, Kinder und sonstige nach dem Gruppenversicherungsvertrag mitversicherbaren Personen, soweit sie zum Versicherungsschutz angemeldet sind.

5 Sofern und soweit die Gruppenspitze als Versicherungsnehmer die ihr zustehenden Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis auf den Hauptversicherten übertragen hat, und diese vom Hauptversicherten übernommen wurden, gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für den Hauptversicherten.

#### **§ 2 Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes**

1 Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag ist auf dem jeweiligen Formblatt (Anmeldung) des Versicherers zu erklären; die gestellten Fragen sind für alle zu versichernden Personen vollständig zu beantworten.

2 Der Versicherer verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.

3 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages.

4 Der in der Anmeldung genannte Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) darf nicht mehr als 6 Monate, vom Datum der Anmeldung an gerechnet, in der Zukunft liegen.

5 Für Versicherungsfälle, die vor Zugang der Anmeldung beim Versicherer eingetreten sind, und für Versicherungsfälle, die auf ein erhöhtes Risiko (z.B. Vorerkrankungen, Beruf, Sport) zurückzuführen sind, wird ab Beginn des Versicherungsschutzes nur dann geleistet, wenn sie dem Versicherer mit einer Gesundheitserklärung (s. Abs. 6) ordnungsgemäß angezeigt worden sind, und der Versicherer für sie keinen Ausschluß vom Versicherungsschutz in der Versicherungsbestätigung erklärt oder erklärt hat.

6 Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Versicherungsfälle wird durch die Abgabe einer Gesundheitserklärung beantragt. Für deren Mitversicherung können Besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschläge, Leistungshöchstbeträge) vereinbart werden.

7 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, diesen Zusatzbedingungen, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.

8 Der Versicherer stellt für jeden Hauptversicherten einen Versicherungsschein als Versicherungsbestätigung aus.

9 Die Leistungseinschränkung für Verwandtenbehandlungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 5 Abs. 1 g) gilt auch für die speziellen Gruppenversicherungstarife GAZ/Gruppe, HIT/Gruppe, KKHB/Gruppe, DETE/Gruppe und Zahn-Zusatz/Gruppe.

#### **§ 3 Wartezeiten**

Es entfallen die in Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung genannten allgemeinen und besonderen Wartezeiten ersatzlos, soweit die jeweiligen Tarife nichts Gegenteiliges vorsehen.

#### **§ 4 Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag**

**1 Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Dies gilt auch während einer eventuell vereinbarten Mindestvertragslaufzeit.**

**2 Das Versicherungsverhältnis endet ferner hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen über die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Gründe hinaus mit**

**a) dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis;**

**b) der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag zum Zweck der Weiterversicherung in der Einzelversicherung nach Tarifen, die dem Gruppenversicherungsvertrag nicht zugrunde liegen (z.B. im Standardtarif oder im Basistarif).**

**c) der Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basistarif aufgrund nicht vollständiger Bezahlung ausstehender Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten bei Krankheitskostenversicherungen, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dienen (§ 8 Abs. 6 MB/KK).**

**3** Betreffen die Beendigungsgründe den Hauptversicherten, so endet das Versicherungsverhältnis auch für die mitversicherten Personen.

#### **§ 5 Weiterversicherung**

**1** Endet die Versicherung einzelner mitversicherter Personen, so haben diese das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Hauptversicherten im Gruppenversicherungsvertrag in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, sofern dort weiterhin die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses abzugeben.

**2** Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben sie das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben sind – nach den gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag bei dem Versicherer beantragt wird. Ausgenommen von der Weiterversicherung nach Satz 1 sind Personen, die das Ende der Versicherung gemäß § 13 (bzw. bei Tarif URZ. nach § 2 Nr. 2 und bei Tarif *plus.Z* nach § 14) der jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen selbst bewirkt haben oder bei denen das Versicherungsverhältnis außerordentlich wegen Obliegenheitsverletzungen beendet wurde. In den Fällen, in denen die Versicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, steht das Weiterversicherungsrecht nach Satz 1 nur den mitversicherten Personen und nur in der Krankheitskostenversicherung und der Pflegekrankenversicherung zu.

**3** Endet das Versicherungsverhältnis gemäß § 4 Abs. 2c) der Zusatzbedingungen aufgrund der Fortsetzung im Basistarif, besteht für die versicherten Personen kein Weiterversicherungsrecht nach Abs. 1 und Abs. 2.

**4** In den Fällen, in denen eine Krankheitskosten- oder Pflegekrankenversicherung durch Kündigung wegen Zahlungsverzugs des Hauptversicherten endet, enden die Weiterversicherungsrechte nach Abs.1 und Abs. 2 erst zwei Monate nachdem die mitversicherten Personen von der Kündigung und ihrem Recht auf Fortsetzung Kenntnis erlangt haben.

**5** Bei der Weiterversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Wartezeiten oder Fristen angerechnet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss erklärt werden.

**6** Wurde für die Dauer des Versicherungsschutzes im Gruppenversicherungsvertrag auf Besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss, Verzicht auf Zahn-

staffel, Leistungseinschränkung) verzichtet, so werden diese mit der Weiterversicherung wirksam.

**7** Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt, so haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Dies gilt auch bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer, wenn kein neuer Versicherungsnehmer benannt wird. Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform informiert. Das Weiterversicherungsrecht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von ihm Kenntnis erlangt hat.

**8** Für die Weiterversicherung nach dem Standardtarif bzw. Basistarif gelten die jeweiligen Ausführungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Wechseln in den Standardtarif bzw. in den Basistarif.

## **Anhang**

### **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.

## Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

### Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag/Ihre Anmeldung/Ihre Angebotsanforderung ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie oder eine der zu versichernden Personen die Angaben hier nicht machen möchten, so können Sie diese auch innerhalb von sieben Tagen schriftlich gegenüber dem Vorstand der HALLESCHE Krankenversicherung in Stuttgart nachholen. In jedem Fall werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Das kann auch zu unserer Leistungsfreiheit für schon eingetretene und künftige Versicherungsfälle führen, falls für diese die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände ursächlich waren. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

#### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

HALLESCHE  
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

## Verbraucherinformation

### Ihr Vertragspartner – die HALLESCH

Sie schließen Ihren Versicherungsvertrag mit der HALLESCH Private Krankenversicherung, in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in Stuttgart.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in allen Arten.

Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart (Handelsregisternummer 2686)

### Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift

HALLESCH Krankenversicherung a. G.  
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit  
Reinsburgstraße 10  
70178 Stuttgart

Vorstandsvorsitzender: Dr. Walter Botermann

### Postanschrift

HALLESCH  
70166 Stuttgart

### Sie erreichen uns per Telefon, Fax, E-Mail und im Internet

Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-3 33,  
E-Mail: [service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de), Internet: [www.hallesche.de](http://www.hallesche.de)

### Sicherungsfonds

Die HALLESCH gehört dem Sicherungsfonds der privaten Krankenversicherer an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Die Postanschrift lautet: Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

### Aufsichtsbehörde

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

### Wesentliche Merkmale Ihrer Versicherung

Für die Versicherung gelten die gültigen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewählten Tarife:

- Der Tarif (sowie ggf. Sonderbedingungen) beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Sind Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung vereinbart, dann ergänzen oder ändern diese die jeweils gültigen AVB.

Die wesentlichen Merkmale Ihrer Versicherungsleistung lesen Sie auf der ersten Seite des Tarifs, die genauen vertraglichen Inhalte im Tarif und in den AVB unter »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes«, »Umfang der Leistungspflicht« und »Einschränkung der Leistungspflicht« sowie in den Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes«.

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald die notwendigen Erhebungen zu Ihrem Versicherungsfall abgeschlossen sind. Unsere Leistungspflicht ist erfüllt, wenn die Überweisung auf dem Konto des Versicherungsnehmers oder einer empfangsberechtigten Person gutgeschrieben wird. Die genauen Vereinbarungen zur Fälligkeit der Versicherungsleistungen finden Sie in den AVB unter »Auszahlung der Versicherungsleistungen«.

### Gesamtpreis Ihrer Versicherung

Den Gesamtpreis für Ihre Versicherung lesen Sie auf der Anmeldung beziehungsweise auf der Ihrem Vertragsangebot beigefügten Versicherungsbestätigung. Darüber hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren an. Der Beitrag auf Ihrer Versicherungsbestätigung kann von der Anmeldung abweichen, wenn dieser beispielsweise auf der Anmeldung falsch angegeben wurde. Einen möglichen Risikozuschlag vereinbaren wir in einer gesonderten schriftlichen Erklärung mit Ihnen. Liegt Ihnen bereits ein Vertragsangebot der HALLESCH vor, ist dieser, soweit erforderlich, schon berücksichtigt.

### Beitragszahlung

Ihr Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für welchen Zahlungsweg (Lastschriftverfahren oder Überweisung) und welche Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) Sie sich entscheiden, können Sie auf Ihrer Anmeldung vermerken bzw. haben Sie uns bereits in Ihrer Angebotsanforderung mitgeteilt.

Die erste Zahlung ist spätestens bis zum Tag des vereinbarten Versicherungsbeginns fällig.

Die genauen Regelungen zur Fälligkeit des Versicherungsbeitrages lesen Sie in den AVB unter »Beitragszahlung«.

### Zustandekommen Ihres Versicherungsvertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Sie Ihren Versicherungsvertrag mit uns schließen:

1. Sie haben alle vertragsrelevanten Unterlagen vor Abgabe Ihrer Anmeldung erhalten oder ausdrücklich darauf verzichtet?  
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie von uns eine schriftliche Annahmeerklärung oder Ihre Versicherungsbestätigung erhalten. Die HALLESCH verpflichtet sich, keine ordnungsgemäße Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag zurückzuweisen.
2. Sie haben bei der HALLESCH eine Angebotsanforderung gestellt und danach ein Vertragsangebot erhalten?  
Ihr Versicherungsvertrag kommt zustande, sobald Sie die Anmeldung (Annahmeerklärung) und die Empfangsbestätigung unterschreiben und fristgerecht sowie ohne Änderungen an die HALLESCH zurücksenden. Entscheidend ist das Datum des Eingangs Ihrer Anmeldung (Annahmeerklärung) bei der HALLESCH.

### Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Anmeldung beim Versicherer, jedoch nicht vor dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten und nicht vor Beginn des dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Gruppenversicherungsvertrages. Abweichend hiervon kann der Versicherungsbeginn bis zu 2 Monate vor Zugang der Anmeldung bei der HALLESCH Krankenversicherung liegen, wenn die AVB dies vorsehen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird insgesamt nicht geleistet, es sei denn, die Versicherungsfälle treten nach dem Vertragsschluss, aber noch vor dem Versicherungsbeginn ein.

Diese Versicherungsfälle sind nicht insgesamt, sondern nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in den Zeitraum zwischen Vertragsabschluss und Versicherungsbeginn oder Wartezeiten fällt.

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach Vollendung der Geburt – vorbehaltlich der fristgerechten Anmeldung und weiterer in den AVB genannten Voraussetzungen.

Weitere Informationen zum Beginn des Versicherungsschutzes lesen Sie in den AVB unter »Beginn des Versicherungsschutzes« und, soweit vorgesehen, unter »Wartezeiten« sowie – je nach gewähltem Tarif – im Kapitel »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes« und in den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag unter »Beteiligung am Gruppenversicherungsvertrag, Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes« und unter »Wartezeiten«.

## Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

**Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Versicherungsbestätigung, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung – sofern und soweit diese Informationen nach der Art des Gruppenversicherungsvertrages möglich sind – und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.**

Der Widerruf ist zu richten an:

HALLESCHE Krankenversicherung a. G.  
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 07 11/66 03-3 33

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des in der Versicherungsbestätigung ausgewiesenen monatlichen Gesamtbeitrags pro Tag, an dem Versicherungsschutz bestand. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihre  
HALLESCHE Krankenversicherung

## Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung

Ihr Versicherungsvertrag ist unbefristet. Ausnahmen gibt es in den Ausbildungs-, Auslands- und Optionstarifen, sowie in Tarif *plusU* und in der Krankentagegeldversicherung. Die Ausnahmen sind in den jeweiligen Versicherungsbedingungen geregelt.

Die Möglichkeiten einer Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen, lesen Sie – je nach gewähltem Tarif – in den AVB unter »Kündigung/Abmeldung durch den Versicherungsnehmer«, »Ende der Versicherung«, »Sonstige Beendigungsgründe«, »Weiterversicherung«, »Folgen von Obliegenheitsverletzungen« und »Kündigung durch den Versicherer«. Im letztgenannten Kapitel ist auch festgeschrieben, welche Mindestvertragsdauer gilt. In den Zusatzbedingungen zum Gruppenversicherungsvertrag finden Sie unter »Beendigungsgründe des Versicherungsverhältnisses im Gruppenversicherungsvertrag« und »Weiterversicherung« weitere Regelungen zur Vertragsbeendigung.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur fristlosen Kündigung des Vertrags aus wichtigem Grund (bspw. Betrug) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherer ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Falle einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten oder zu kündigen. Im Falle einer arglistigen Täuschung bei Vertragsschluss kann der Versicherer außerdem den Versicherungsvertrag anfechten.

Im Falle des Rücktritts wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages berechnet der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr von derzeit 75 €.

Die Kündigung gegenüber dem Versicherer bedarf der Schriftform und ist an die HALLESCHE Krankenversicherung zu richten.

## Vertragsprache, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Die Sprache für das Vertragsverhältnis und für die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Auf Ihren Versicherungsvertrag ist deutsches Recht anwendbar. Den Gerichtsstand lesen Sie in den AVB unter »Gerichtsstand«.

## Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, lassen Sie uns dies bitte wissen. Wir finden gerne eine gemeinsame Lösung mit Ihnen.

HALLESCHE Service-Telefon: 0 800/30 20 100, Fax: 07 11/66 03-3 33,  
E-Mail: [service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de)

Gelingt dies nicht, können Sie sich kostenfrei an den außergerichtlichen Streitschlichter, den Ombudsmann der privaten Krankenversicherung, wenden. Voraussetzung ist, dass bereits eine Stellungnahme des Krankenversicherers vorliegt und der Vorgang bislang weder an die Aufsichtsbehörde noch an ein Gericht weitergeleitet wurde.

Die Postanschrift lautet: Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sie können sich außerdem an unsere Aufsichtsbehörde wenden:  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt in jedem Fall erhalten.

## Einwilligungserklärung zum Datenschutz gegenüber der best advice

Ihre in der vorseitigen Beitrittserklärung gemachten personenbezogenen Angaben werden von der best advice für Zwecke der Vertragsverwaltung erhoben und verwendet sowie an die HALLESCHER Krankenversicherung für die Vertragsdurchführung übermittelt. Diese Einwilligungserklärung kann nicht widerrufen werden, weil der Vertrag sonst nicht weitergeführt werden kann.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten auch zur bedarfsgerechten Werbung für Versicherungsprodukte und andere Produkte der best advice. Dabei kontaktieren wir Sie per E-Mail oder per Brief mit persönlich auf Sie und Ihre Interessen bzw. Nutzung zugeschnittenen Informationen, Angeboten und Vorteilsaktionen zu best-advice-Leistungen. Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

## I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung<sup>1</sup>

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die HALLESCHER Krankenversicherung selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HALLESCHER Krankenversicherung (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER Krankenversicherung

Ich willige ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HALLESCHER Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die HALLESCHER Krankenversicherung in jedem Einzelfall vorab informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HALLESCHER Krankenversicherung einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

#### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre

nach Vertragsschluss für die HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HALLESCHER Krankenversicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HALLESCHER Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HALLESCHER Krankenversicherung tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gilt sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HALLESCHER Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HALLESCHER Krankenversicherung

Die HALLESCHER Krankenversicherung verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HALLESCHER Krankenversicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HALLESCHER Krankenversicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HALLESCHER Krankenversicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die HALLESCHER Krankenversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft im ALTE LEIPZIGER-HALLESCHER Konzern oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die HALLESCHER Krankenversicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HALLESCHER Krankenversicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter [www.hallesche.de/dienstleisterliste](http://www.hallesche.de/dienstleisterliste)) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten (Anschrift: HALLESCHER Krankenversicherung a. G., Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart) oder telefonisch unter 0800-3020100 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HALLESCHER Krankenversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des ALTE LEIPZIGER-HALLESCHER Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die HALLESCHER Krankenversicherung gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

<sup>1</sup> Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Ich willige ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

#### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die HALLESCHER Krankenversicherung Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die HALLESCHER Krankenversicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der HALLESCHER Krankenversicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

## II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung bei Antragsbearbeitung

Im Rahmen der Antragsbearbeitung kann es für die Beurteilung der zu versichernden Risiken notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HALLESCHER Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich willige ein, dass die HALLESCHER Krankenversicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Ich befreie hiermit die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HALLESCHER Krankenversicherung übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützte Daten durch die HALLESCHER Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die HALLESCHER Krankenversicherung tätigen Personen bereits jetzt von ihrer Schweigepflicht.

## III. Information zur Umsetzung der EU-Datenschutz-Grundverordnung

Die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gilt ab dem 25.05.2018 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Mit der DSGVO werden die Regeln für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten vereinheitlicht. Dadurch wird der Schutz von personenbezogenen Daten insgesamt sichergestellt und der freie Datenverkehr innerhalb der Europäischen Union gewährleistet.

Die neuen Vorschriften der DSGVO sehen insbesondere ein hohes Maß an Transparenz bei der Datenverarbeitung und umfassende Rechte der betroffenen Personen vor.

Informationen zum Datenschutz finden Sie auch auf unserer Internetseite unter [www.hallesche.de/datenschutz](http://www.hallesche.de/datenschutz).

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die HALLESCHER und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

### 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HALLESCHER Krankenversicherung a. G.  
Reinsburgstraße 10  
70178 Stuttgart  
Telefon: 07 11/66 03-0  
Fax: 07 11/66 03-3 33  
E-Mail-Adresse: [service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de)

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz »Datenschutzbeauftragter« oder per E-Mail unter [datenschutz@hallesche.de](mailto:datenschutz@hallesche.de).

### 2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die »Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft« verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter [www.hallesche.de/code-of-conduct](http://www.hallesche.de/code-of-conduct) abrufen.

Stellen Sie einen Antrag bzw. eine Anmeldung auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Erstattung ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Gesellschaft des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzerns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzerns sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

### 3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer geben Sie durch die HALLESCHER Krankenversicherung unterrichtet und um Einwilligung gebeten.

#### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Daten. Anmelde-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

#### Datenverarbeitung im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unseres Konzerns nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die im Konzern verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen des Konzerns besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen des Konzerns verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

#### Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.hallesche.de/dienstleisterliste](http://www.hallesche.de/dienstleisterliste) entnehmen.

#### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

### 4. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren nach Beendigung des Vertrages.

### 5. Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

### Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

## 6. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz  
und die Informationsfreiheit  
Königsstraße 10a  
70173 Stuttgart

## 7. Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

## 8. Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

## 9. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zum Versicherungsvertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir zum Teil vollautomatisiert über die Leistungspflicht. Damit wollen wir Bearbeitungszeiten reduzieren. Die automatisierte Prüfung erfolgt standardisiert in Form regelbasierter Bearbeitungsschritte. Die Entscheidungen beruhen dabei beispielsweise auf der Anwendung verbindlicher tariflicher Regelungen und allgemein gültiger gebührenrechtlicher Vorschriften.

Ergibt die Prüfung eine negative Leistungsentscheidung, informieren wir über die Gründe in unserer Zahlungsmittelteilung. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung besteht dann das Recht, dem Prüfungsergebnis zu widersprechen. Der für den Einspruch maßgebliche Standpunkt wird einer manuellen Prüfung und Entscheidung zugeführt.

## Von der HALLESCHER Krankenversicherung beauftragte Dienstleister(-Kategorien)\*

Aufgaben, zu deren Bearbeitung personenbezogene Daten (z. B. Name, Adresse) an Dritte weitergegeben werden können:

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Adressprüfung	■ Adressermittler, Einwohnermeldeämter
■ Auskunftseinholung bei Antragstellung und Mahnverfahren	■ Wirtschaftsauskunfteien (Schufa Holding AG, Creditreform e.V., Arvato Infoscore GmbH)
■ Datenträger-/Aktenentsorgung	■ Entsorgungsunternehmen
■ Druck-/Kupfertierarbeiten und Versand	■ Druckereien und Postdienstleister
■ Forderungsmanagement (außergerichtliche und gerichtliche Mahnverfahren)	■ Fülleborn Rechtsanwaltsgesellschaft mbH ■ KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
■ IT-Dienstleistungen (Programmiertätigkeiten, User-Help-Desk, Hard- und Softwareimplementierung)	■ Externe IT-Dienstleistungsunternehmen
■ Marketing (Marktanalysen, Marktforschung, Servicestudien, Kundenbefragungen, Mailingaktionen)	■ Marketing-/Marktforschungsunternehmen
■ Servicekartenherstellung (»Card für Privatversicherte«)	■ Giesecke & Devrient GmbH

Aufgaben, zu deren Bearbeitung auch Gesundheitsdaten an Dritte weitergegeben werden können:

Übertragene Aufgaben	Auftragnehmer/Dienstleistungskategorien
■ Assistance-Leistungen (Reiserückholdienste, Arzt- und Krankenhaussuche im Ausland, medizinische Beratung, Medizinprodukte)	■ MD Medicus Assistance Service GmbH ■ Global Medical Management Inc. (GMMI) ■ Anbieter medizinischer Produkte
■ Betreuung von Firmenversicherten im Ausland (Leistungsbearbeitung und Vertragsverwaltung)	■ MD Medicus Assistance Service GmbH ■ Henner Group
■ Telefonischer Kundenservice	■ Webhelp Holding Germany GmbH

## Gemeinsame Datenverarbeitung der Gesellschaften im ALTE LEIPZIGER - HALLESCHER Konzern

- ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G.
- HALLESCHER Krankenversicherung a.G.
- ALTE LEIPZIGER Versicherung AG
- ALTE LEIPZIGER Bauspar AG
- ALTE LEIPZIGER Trust Investment-Gesellschaft mbH
- ALTE LEIPZIGER Pensionskasse AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsfonds AG
- ALTE LEIPZIGER Pensionsmanagement GmbH
- ALTE LEIPZIGER Treuhand GmbH

Um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Anmelde-, Angebots-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. Zuordnung von Post und eingehenden Telefonaten), können die Stammdaten des Gruppenversicherungsnehmers sowie der versicherten Personen im ALTE LEIPZIGER – HALLESCHER Konzern in einer gemeinschaftlich genutzten Datenbank geführt werden.

Diese Stammdaten umfassen gemäß Code of Conduct maximal Name, Adresse, Geburtsdatum und -ort, Kunden- und Versicherungsnummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge, Rollen der betroffenen Personen (z. B. Versicherungsnehmer, Hauptversicherter, Beitragszahler, Zahlungsempfänger), Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Widerspruchs-/Sperrvermerke (bzgl. Werbung und Markt-/Meinungsforschung) und andere Widersprüche, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler.

Die Datenverarbeitung umfasst ferner IT-Dienstleistungen sowie Verträge über die Nutzung von Räumlichkeiten und Technik. Ansonsten besteht eine getrennte Datenhaltung in den einzelnen Unternehmen.

\* Liste der Dienstleister gemäß Ihrer »Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung«