

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Teil II

Tarif TGmed mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Oktober 2010 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)

I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/KT 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein beziehungsweise einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

II. Versicherungsleistungen

1. Je Tag der Arbeitsunfähigkeit wird ein Krankentagegeld gezahlt

bei TGmed	15	ab	15. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	29	ab	29. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	43	ab	43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	64	ab	64. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	85	ab	85. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	92	ab	92. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	106	ab	106. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	127	ab	127. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	183	ab	183. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	244	ab	244. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	274	ab	274. Tag der Arbeitsunfähigkeit
bei TGmed	366	ab	366. Tag der Arbeitsunfähigkeit

unter Einschluss der Sonn- und Feiertage.

2. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt bei Gehaltsempfängern in keinem Fall vor Ablauf der Gehaltszahlungsverpflichtung des Arbeitgebers der versicherten Person. Verlängert sich der

Gehaltsanspruch der versicherten Person, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Krankentagegeldversicherung anzupassen. Die Anpassung tritt mit dem 1. des Monats in Kraft, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Bei Bezug von Arbeitslosengeld nach § 117 Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III – siehe Anhang) beginnt die Leistungspflicht des Versicherers nicht vor Ablauf der Zahlung des Arbeitslosengeldes durch die Agentur für Arbeit (Abschnitt III Nr. 4).

3. Sofern der Arbeitgeber Zeiten einer erneuten Arbeitsunfähigkeit für die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes berechtigterweise zusammenrechnet, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 auch für die Regelung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst. Das gilt bei Bezug von Arbeitslosengeld nach § 117 SGB III (siehe Anhang) entsprechend.

4. Das Krankentagegeld wird im Rahmen dieses Tarifes ohne zeitliche Begrenzung gezahlt, jedoch nicht über das Ende des Versicherungsverhältnisses hinaus (§§ 7 und 15 MB/KT 2009).

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahmefähig sind Personen, die versicherungsfähig und nach ihrem Gesundheitszustand versicherbar sind. Die Aufnahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

1.2 Versicherungsfähig sind approbierte Ärzte, die entweder als angestellte Ärzte in einem festen Beschäftigungsverhältnis stehen oder als Freiberufler über regelmäßige Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit verfügen, solange sie in einer bei der Debeka bestehenden Krankheitskostenversicherung versichert sind, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient (§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz – siehe Anhang).

Im Falle der Beendigung einer in Satz 1 genannten Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherungsunternehmen nachzuweisen, welche Anstrengungen die versicherte Person seit Beendigung der Tätigkeit unternommen hat, um eine neue Tätigkeit aufzunehmen, und dass die Arbeitssuche aufgrund objektiver Umstände nach wie vor Aussicht auf Erfolg hat. Ist der Nachweis nicht innerhalb eines Monats nach Beendigung der in Satz 1 genannten Tätigkeit erbracht, endet die Versiche-

rungsfähigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt der Beendigung der Tätigkeit.

Bei Bezug von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch oder von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch endet die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person. § 15 Abs. 1 Buchst. a MB/KT 2009 ist zu beachten.

Die Versicherungsfähigkeit endet, wenn die versicherte Person eine gesetzliche oder private Rente wegen Erwerbs- beziehungsweise Berufsunfähigkeit bezieht.

1.3 Nach dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versicherte Personen sind nicht versicherungsfähig.

2 Beitragsfestsetzung

Bei Abschluss oder Änderung der Versicherung – auch bei Beitragsanpassung – gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwi-

schen dem Kalenderjahr bei Abschluss, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8a MB/KT 2009 anzuwenden.

3 Leistungserhöhung

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder verkürzt sich die Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird der Versicherungsschutz im Rahmen dieses Tarifes entsprechend erhöht, wenn der Versicherungsnehmer dies innerhalb von zwei Monaten seit der Änderung beantragt. Der Versicherungsschutz erhöht sich bei fristgemäßer Beantragung ohne erneute Wartezeiten und ohne Risikoprüfung zum 1. des Monats, ab dem der versicherten Person das erhöhte Nettoeinkommen zusteht oder sich der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes verkürzt. Für den bisherigen Versicherungsschutz nach diesem Tarif vereinbarte prozentuale Risikozuschläge beziehungsweise Leistungseinschränkungen gelten auch für den veränderten Versicherungsschutz. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind, besteht Anspruch auf Krankentagegeld im bisherigen Umfang.

4 Anpassung des Versicherungsschutzes bei und nach Bezug von Arbeitslosengeld

Ab dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 117 SGB III (siehe Anhang) kann die Versicherung in die Tarifstufe TGmed43 umgestellt werden. Diese Tarifstufe bleibt auch für Zeiten der Arbeitslosigkeit, die sich an den Bezug von Arbeitslosengeld anschließen, bestehen. Sofern eine Tarifstufe mit einer kürzeren Karenzzeit als TGmed43 vereinbart wurde, beginnt die Leistungspflicht des Versicherers nicht vor Ablauf des Anspruchs auf Arbeitslosengeld nach § 126 SGB III (siehe Anhang). Bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit kann die Versicherung nicht auf eine Tarifstufe mit einer kürzeren Karenzzeit umgestellt werden, als sie vor Bezug des Arbeitslosengeldes vereinbart war.

Nummer 3 gilt entsprechend.

5 Beitragsrückerstattung

An einer Ausschüttung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist jede nach diesem Tarif versicherte Person teilnahmeberechtigt, für die

- 5.1 keine Versicherungsleistungen nach diesem Tarif für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden,
- 5.2 während des ganzen abgelaufenen Kalenderjahres der Beitrag zu zahlen war und bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet wurde,
- 5.3 die Versicherung bis zum 30. Juni des Folgejahres fortbestand; diese Bedingung entfällt, wenn die versicherte Person durch Tod ausgeschieden ist.

6 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KT 2009)

- 6.1 Zu § 1 Abs. 3 MB/KT 2009: Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes
Im Falle des Bezugs von Arbeitslosengeld nach § 117 SGB III (siehe Anhang) gilt bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 1 Abs. 3 MB/KT 2009 die von der Agentur für Arbeit für die Zahlung des Arbeitslosengeldes zu Grunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit.
- 6.2 Zu § 1 Abs. 6 und 7 MB/KT 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 1 Abs. 6 und 7 MB/KT 2009 erstreckt sich der Versicherungsschutz auf EU-Staaten.
- 6.3 Zu §§ 2 und 3 MB/KT 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen
Bei einem Übertritt in eine Tarifstufe mit kürzerer Karenzzeit oder bei Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet; im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten entsprechend.
- 6.4 Zu § 3 Abs. 4 MB/KT 2009: Wartezeiten
Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

- 6.5 Zu § 4 Abs. 2, 3 und 4 MB/KT 2009: Nettoeinkommen
Bestehen Ansprüche auf Entgeltersatzleistungen gegenüber Dritten (zum Beispiel gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Deutschen Rentenversicherung), werden diese auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet.
Bei selbstständig oder freiberuflich tätigen Ärzten wird das Nettoeinkommen ausgehend von den im letzten vollen Geschäftsjahr erzielten Einkünften berechnet (Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben, Einkommen-/Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag).

Bei Arbeitslosen im Sinne der Nummer 1.2 ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld wird als Nettoeinkommen das bei der letzten Tätigkeit für die Berechnung des Krankentagegeldes zugrundeliegende Nettoeinkommen herangezogen. Davon abweichend gilt als Nettoeinkommen bei bestehendem Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 117 SGB III (siehe Anhang) das bezogene Arbeitslosengeld. Das zu vereinbarende Krankentagegeld ist dabei auf die Höhe des Leistungsbetrages des gesetzlichen Krankentagegeldes zuzüglich der Beiträge für die private Krankenversicherung, die private Pflegepflichtversicherung sowie für die gesetzliche Rentenversicherung in der von der Agentur für Arbeit übernommenen Höhe begrenzt. Ein Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung wird angerechnet. Wurde ein höheres Krankentagegeld vereinbart, wird dieses ab dem Bezug des Arbeitslosengeldes entsprechend herabgesetzt. Die Höhe des vereinbarenden Krankentagegeldes bleibt für Zeiten der Arbeitslosigkeit, die sich an den Bezug von Arbeitslosengeld anschließen, bestehen.

- 6.6 Zu § 4 Abs. 5 und 6 MB/KT 2009: Medizinische Versorgungszentren
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte beziehungsweise Zahnärzte abgerechnet wird.
- 6.7 Zu § 4 Abs. 7 Satz 3 MB/KT 2009: Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
Von der versicherten Person für sich selbst ausgestellte Bescheinigungen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit reichen ebenfalls nicht aus.
- 6.8 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KT 2009: Arbeitsunfähigkeit infolge alkoholbedingter Bewusstseinsstörung
Die Leistungseinschränkung entfällt.
- 6.9 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. d MB/KT 2009: Leistungspflicht bei Schwangerschaft
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. d MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Fehlgeburt und Entbindung, nicht jedoch wegen Schwangerschaftsabbruch.
- 6.10 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KT 2009: Beschäftigungsverbot
Im Falle von Arbeitslosigkeit im Sinne der Nummer 1.2 gilt die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote entsprechend.
- 6.11 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. g MB/KT 2009: Leistungspflicht bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. g MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn Arbeitsunfähigkeit vorher bestanden hatte und während der Maßnahme fortbestand.
- 6.12 Zu §§ 8 Abs. 1, 8 Abs. 4, 13 Abs. 1 und 14 Abs. 1 MB/KT 2009: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.
- 6.13 Zu § 8 Abs. 5 MB/KT 2009: Mahnkosten
Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 1 EUR.

6.14 Zu § 8 b MB/KT 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Kalkulationsverordnung (KalV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von dem Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KalV für eine Beobachtungseinheit von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KalV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

6.15 Zu § 9 Abs. 1 MB/KT 2009: Nachweis der Arbeitsunfähigkeit
Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens drei Tage nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit (Abschnitt II Nr. 1) durch Vorlage einer vom behandelnden Arzt oder Zahnarzt ausgestellten Bescheinigung - mit Angabe der Diagnose - anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist mindestens 14-täglich auf Vordrucken des Versicherers nach-

zuweisen. Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld nachträglich.

6.16 Zu § 9 Abs. 5 MB/KT 2009: Obliegenheiten
Der Eintritt von Arbeitslosigkeit gilt als Berufswechsel.

6.17 Zu § 14 Abs. 1 MB/KT 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

6.18 Zu § 15 Abs. 1 Buchst. a MB/KT 2009: Sonstige Beendigungsgründe
Zusätzlich endet das Versicherungsverhältnis, wenn die versicherte Person eine gesetzliche oder private Rente wegen Erwerbs- beziehungsweise Berufsunfähigkeit bezieht und deswegen nicht mehr versicherungsfähig ist.

6.19 Zu § 15 Abs. 1 Buchst. b MB/KT 2009: Beendigung bei Berufsunfähigkeit
Im Falle des Bezugs von Arbeitslosengeld nach § 117 SGB III (siehe Anhang) liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person die von der Agentur für Arbeit zugrunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit auf nicht absehbare Zeit zu mehr als 50 % nicht mehr ausüben kann.

Anhang

Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)

§ 117 Anspruch auf Arbeitslosengeld

(1) Arbeitnehmer haben Anspruch auf Arbeitslosengeld

1. bei Arbeitslosigkeit oder
2. bei beruflicher Weiterbildung.

(2) Arbeitnehmer, die das für die Regelaltersrente im Sinne des Sechsten Buches erforderliche Lebensjahr vollendet haben, haben vom Beginn des folgenden Monats an keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld.

§ 126 Leistungsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit

(1) Wird ein Arbeitsloser während des Bezugs von Arbeitslosengeld infolge Krankheit arbeitsunfähig, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, oder wird er während des Bezugs von Arbeitslosengeld auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt, verliert er dadurch nicht den Anspruch auf Arbeitslosengeld für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung bis zur Dauer von sechs Wochen (Leistungsfortzahlung). Als unverschuldet im Sinne des Satzes 1 gilt auch eine Arbeitsunfähigkeit, die infolge einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation durch einen Arzt oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft eintritt. Dasselbe gilt für einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird, die Schwangere den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle beraten lassen hat.

(2) Eine Leistungsfortzahlung erfolgt auch im Falle einer nach ärztlichem Zeugnis erforderlichen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes des Arbeitslosen bis zur Dauer von zehn, bei alleinerziehenden Arbeitslosen bis zur Dauer von 20 Tagen für jedes Kind in jedem Kalenderjahr, wenn eine andere im Haushalt des Arbeitslosen lebende Person diese Aufgabe nicht übernehmen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Arbeitslosengeld wird jedoch für nicht mehr als 25, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 50 Tage in jedem Kalenderjahr fortgezahlt.

(3) Die Vorschriften des Fünften Buches, die bei Fortzahlung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber im Krankheitsfall sowie bei

Zahlung von Krankengeld im Falle der Erkrankung eines Kindes anzuwenden sind, gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

...

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

...