

Vertragsgrundlage 011

Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Krankengeld easy (KG easy) für gesetzlich krankenversicherte Angestellte

Krankentagegeld bei einer Einkommensersatzleistung wegen
- Arbeitsunfähigkeit
- Krankheit oder Unfall des eigenen Kindes

Stand: 01.08.2023 Seite 1 von 9

Inhalt

§ 1	Was sind Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes?	2	§ 10	Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?	5
(1)	Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?	2	(1)	Wann endet der Vertrag?	5
(2)	Wer kann sich versichern?	2	(2)	Kann der Vertrag nach einer Trennung oder Scheidung weitergeführt werden?	5
(3)	Wann liegt ein Versicherungsfall vor?	2	(3)	Wann endet der Versicherungsschutz?	5
(4)	Wann beginnt der Versicherungsfall?	2	§ 11	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?	5
(5)	Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?	2	§ 12	Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?	5
§ 2	Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	2	§ 13	In welcher Form müssen Sie Mitteilungen an uns richten?	5
(1)	Wann ist Ihr Vertrag geschlossen?	2	§ 14	Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	5
(2)	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	2	(1)	Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?	5
(3)	Welche Wartezeit besteht?	3	(2)	Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?	6
§ 3	Wie hoch darf das versicherte Krankentagegeld sein?	3	(3)	Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?	6
(1)	Wie bestimmt sich die Höhe des versicherbaren Tagegeldes?	3	Anhang - Gesetzestexte		
(2)	Was passiert, wenn das Nettoeinkommen während der Vertragslaufzeit sinkt?	3	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V		
(3)	Was passiert, wenn das Nettoeinkommen während der Vertragslaufzeit steigt?	3	§ 6	Versicherungsfreiheit	7
§ 4	Wie erfolgt die Leistung im Versicherungsfall?	3	§ 44	Krankengeld	7
(1)	Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?	3	§ 44a	Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen	7
(2)	An wen leisten wir?	3	§ 45	Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	7
(3)	Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?	3	Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - SGB VI		7
(4)	Wann sind unsere Leistungen begrenzt?	3	Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) - SGB VII		7
§ 5	Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten und was geschieht, wenn Sie diese verletzen?	3	§ 45	Voraussetzungen für das Verletztengeld	8
(1)	Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten?	3	Versicherungsvertragsgesetz (VVG)		8
(2)	Was geschieht, wenn Sie diese Obliegenheiten verletzen?	3	§ 14	Fälligkeit der Geldleistung	8
§ 6	Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	3	§ 19	Anzeigepflicht	8
(1)	Wie berechnen wir die Beiträge?	3	§ 28	Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit	8
(2)	Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?	4	§ 37	Zahlungsverzug bei Erstprämie	8
§ 7	Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?	4	§ 38	Zahlungsverzug bei Folgeprämie	8
§ 8	Wann können wir die Beiträge und die Versicherungsbedingungen ändern?	4	§ 204	Tarifwechsel	8
(1)	Wann können wir die Beiträge anpassen?	4			
(2)	Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?	4			
§ 9	Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?	4			
(1)	Unter welchen Voraussetzungen besteht ein Tarifwechselrecht?	4			
(2)	Welche Folgen ergeben sich bei einem Tarifwechsel?	5			



§ 1 Was sind Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes?

(1) Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?

Wir bieten im Versicherungsfall ein Krankentagegeld gegen Einkommensausfall an.

(2) Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind Personen, die

- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind
- und gegen Entgelt abhängig beschäftigt sind.

Bei Wegfall einer oder beider der oben genannten Voraussetzungen endet zum gleichen Zeitpunkt die Versicherung im Tarif Krankengeld easy. Als Versicherungsnehmer können Sie jedoch bis zu diesem Zeitpunkt die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses für die versicherte Person in einem unserer bestehenden Tarife mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, beantragen.

Endet die abhängige Beschäftigung und besteht zu diesem Zeitpunkt ein Versicherungsfall, endet der Vertrag jedoch erst, wenn der Versicherungsfall abgeschlossen ist.

(3) Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Ein Versicherungsfall liegt vor,

- wenn und solange der Versicherte Krankengeld- oder Verletzten-geldleistungen von einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger erhält
- und die Leistungsvoraussetzungen gem. §§ 44, 44a, 45 Abs. 1 und 2 SGB V oder § 45 SGB VII (siehe Anhang) vorliegen.

Die Arbeitsunfähigkeit oder die stationäre Behandlung oder die Hinderung ganztägiger Erwerbsfähigkeit wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung muss zudem nach Vertragsschluss im Tarif Krankengeld easy eingetreten sein.

(4) Wann beginnt der Versicherungsfall?

Der Versicherungsfall beginnt mit dem Tag, für den anstelle des Arbeitsentgelts eine der vorgenannten Krankengeld- oder Verletzten-geldleistungen gezahlt wird. Er endet mit dem Wegfall der vorgenannten Leistung oder mit dem Wegfall der Arbeitsunfähigkeit.

(5) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für das Krankengeld easy,
- den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland,
- den sonstigen schriftlichen Vereinbarungen, die wir mit Ihnen treffen.

§ 2 Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Wann ist Ihr Vertrag geschlossen?

Der Vertrag ist insbesondere geschlossen, wenn Ihnen der Versicherungsschein oder eine schriftliche Erklärung über die Annahme zugegangen ist.

(2) Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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. § 4 (4) dieser Bedingungen bleibt hiervon unberührt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 4 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(3) Welche Wartezeit besteht?

- (a) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (b) Die Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (c) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3 Wie hoch darf das versicherte Krankentagegeld sein?

(1) Wie bestimmt sich die Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes?

(a) Das Krankentagegeld darf zusammen mit dem um die Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozialversicherung gekürzten GKV-Krankengeld das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Es darf keine weitere Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld abgeschlossen werden [vgl. § 5 (1) (d)].

(b) Das Nettoeinkommen bezeichnet das Bruttoarbeitsentgelt aus nicht-selbstständiger beruflicher Tätigkeit, abzüglich der Arbeitnehmeranteile zu den Pflichtbeiträgen zur Sozialversicherung, Lohn- und Kirchensteuer sowie Solidaritätszuschlag.

(c) Als Bruttoentgelt gilt das Entgelt, das zur Beurteilung des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 (1) Nr. 1 SGB V (siehe Anhang) herangezogen werden könnte, zzgl. der Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge im Sinne des BetrAVG, jedoch mit Ausnahme von Einkünften aus Nebentätigkeiten.

Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der monatliche Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Dieser Betrag wird durch 30 geteilt; sodann wird unter Berücksichtigung des um die Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozialversicherung gekürzten GKV-Krankengeldanspruchs das maximal versicherbare Krankentagegeld ermittelt.

(d) Das Krankentagegeld kann in Schritten von je 5 EUR vereinbart werden. Maximal können 30 EUR vereinbart werden.

(2) Was passiert, wenn das Nettoeinkommen während der Vertragslaufzeit sinkt?

(a) Sie haben uns unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des Nettoeinkommens mitzuteilen [vgl. § 5 (1) (e)].

(b) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, können wir, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

- Maßgebend sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung durch uns. Ist bei unserer Kenntniserlangung bereits der Versicherungsfall eingetreten, gelten die letzten 12 Monate vor Beginn des Versicherungsfalls als maßgebender Zeitraum.



- Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Herabsetzung des Krankentagegeldes und des Beitrags wird ab Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung bei Ihnen wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall nicht berührt.

(c) Im Versicherungsfall können wir verlangen, dass Sie uns die Höhe des Nettoeinkommens z.B. durch Gehaltsabrechnungen nachweisen.

(3) Was passiert, wenn das Nettoeinkommen während der Vertragslaufzeit steigt?

(a) Sie können die Anpassung des Krankentagegeldes beantragen, wenn sich das Nettoeinkommen der versicherten Person aus der beruflichen Tätigkeit erhöht hat. Das Krankentagegeld kann im Verhältnis der aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden, maximal aber bis zu einem Höchstbetrag von 30 EUR. Dem Antrag ist ein Nachweis über die aktuelle Veränderung des Nettoeinkommens beizufügen. Sofern der Erhöhungsantrag innerhalb von drei Monaten nach der Veränderung gestellt wird, beginnen in Abweichung zu § 2 (3) (c) und § 4 (4) (a) Satz 4 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeiten und die Zeiten mit begrenzter Leistung nicht erneut zu laufen. Für den bei Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsschutz noch nicht abgelaufene Wartezeiten sowie verbleibende Zeiten mit begrenzter Leistung, gelten jedoch auch für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Sofern der Antrag innerhalb von drei Monaten nach der Veränderung gestellt wird, wird das erhöhte Krankentagegeld auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt.

(b) Eine über 30 EUR hinausgehende Erhöhung bedarf einer gesonderten Vereinbarung mit uns.

§ 4 Wie erfolgt die Leistung im Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

(a) Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden unser Eigentum. Als Nachweis benötigen wir von Ihnen in der Regel die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sowie die Bescheide, mit denen der jeweilige Sozialversicherungsträger

- seine Krankengeld- oder Verletztengeldleistungen und
- den jeweiligen Leistungszeitraum bestätigt hat.

Die Folgen einer Verletzung dieser Nachweisobligenheit entnehmen Sie § 5 (2) dieser Bedingungen.

(b) Die weiteren Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen ergeben sich aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(2) An wen leisten wir?

(a) Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in Textform mit.

(b) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden. Gesetzliche Abtretungsverbote sind zu berücksichtigen.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können wir von den Leistungen abziehen.

(4) Wann sind unsere Leistungen begrenzt?

(a) Unsere Leistungen sind in den Monaten vier bis zwölf insgesamt auf 60 Tage begrenzt. Die Begrenzung rechnet vom Versicherungsbeginn an. Diese Begrenzung entfällt bei Unfällen. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Auf die Leistungsbegrenzung angerechnet werden bei einem Tarifwechsel bereits in Tarifen mit gleichartiger Tarifstruktur (Tarife mit vergleichbaren, oder höheren und umfassenderen Leistungen) zurückgelegte Versicherungszeiten. Dies gilt jedoch nicht für diejenigen Leistungen des Tarifs Krankengeld easy, die höher oder umfassender sind als diejenigen des Herkunftstarifs. Für diese gelten wiederum die Sätze 1 bis 3.

(b) Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle aufgrund solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht sind.

(c) Keine Leistungspflicht besteht für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

§ 5 Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten und was geschieht, wenn Sie diese verletzen?

(1) Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten?

Sie müssen folgende Obliegenheiten beachten:

(a) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person [vgl. § 4 (2) (a)] haben auf unser Verlangen hin jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist [vgl. auch § 4 Abs. (1)].

(b) Der Versicherte muss für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sorgen und darf nichts tun, was die Genesung behindert.

(c) Sie müssen uns jeden Berufswechsel des Versicherten unverzüglich anzeigen.

(d) Es darf keine weitere Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld abgeschlossen werden.

(e) Sie haben uns unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des Nettoeinkommens mitzuteilen [vgl. § 3 (2) a)].

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Obliegenheiten verletzen?

(a) Wir sind mit den in § 28 (2) bis (4) VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 5 (1) genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(b) Wird eine der in § 5 (1) genannten Obliegenheiten verletzt, können wir unter der Voraussetzung des § 28 (1) VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 6 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

(a) Ihre Versicherung ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert; das heißt, dass Alterungsrückstellungen nicht gebildet werden. Die Höhe des Beitrages für den Neuzugang richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn (Eintrittsalter) und ergibt sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied



zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Die Beiträge werden für die Altersgruppen 16 - 20, 21 - 25, 26 - 30, 31 - 35, 36 - 40, 41 - 45, 46 - 50, 51 - 55, 56 - 60 und 61 - 75 berechnet. Ab dem 01.01. des Jahres, in dem die versicherte Person die nächsthöhere Altersgruppe erreicht, ist jeweils der dieser Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.

(b) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Altersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(a) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

(b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

(c) Zahlen Sie den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig,

- können Sie den Versicherungsschutz verlieren und
- wir können den Vertrag beenden

Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang).

(d) Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand.

Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 (2) VVG (siehe Anhang) wegen Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder
- ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten,

steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird. Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt haben, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

§ 7 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 8 Wann können wir die Beiträge und die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge anpassen?

(a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten und wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern.

Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine nicht nur als vorübergehend anzusehende Abweichung von mehr als 7%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

(b) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere an Sie gerichtete Benachrichtigung folgt.

(2) Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif Krankengeld easy diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger Treuhänder überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt wurde.

Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mitberücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

§ 9 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?

(1) Unter welchen Voraussetzungen besteht ein Tarifwechselrecht?

(a) Sie können die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt und der Zieltarif geschlechtsunabhängig kalkuliert wird.

(b) Es besteht kein Umwandlungsanspruch bei Anwartschaftsversicherungen, solange der Anwartschaftsgrund noch besteht.

(2) Welche Folgen ergeben sich bei einem Tarifwechsel?

Gemäß § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Halbsatz 2 und Abs. 3 VVG (siehe Anhang) bleiben die erworbenen Rechte erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder ein Leistungsausschluss vereinbaren. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten.

Wir nehmen einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an.



§ 10 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet der Vertrag?

(a) Der Vertrag endet, sofern Sie diesen kündigen. Weitere Informationen lesen Sie dazu in § 11.

(b) Der Vertrag endet zudem, wenn wir ihn außerordentlich kündigen. Lesen Sie hierzu § 12.

(c) Der Vertrag endet auch, falls ein Versicherter nicht weiter nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für das Krankengeld easy versicherungsfähig ist. Sie können diesen Vertragsteil auf Anwartschaft stellen. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit beantragen.

(d) Der Vertrag endet ebenso mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter, endet nur dessen Vertragsteil.

(e) Mit dem Bezug von Altersrente endet der Vertrag, spätestens jedoch mit Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 S. 2 SGB VI (siehe Anhang).

(f) Der Vertrag endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als einen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass der Vertrag aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Kann der Vertrag nach einer Trennung oder Scheidung weitergeführt werden?

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 11 (5) gilt entsprechend.

Bei eingetragenen Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

(3) Wann endet der Versicherungsschutz?

Soweit der Vertrag endet, endet auch der Versicherungsschutz. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle. Vergleichen Sie hierzu aber auch die Regelung in § 1 (2) S. 4

§ 11 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Monats ordentlich kündigen. Dies setzt voraus, dass uns die Kündigung mindestens 15 Tage vorher in Textform erreicht.

(2) Sie können die Kündigung auf einzelne Versicherte beschränken.

(3) Darüber hinaus können Sie den Vertragsteil desjenigen Versicherten kündigen, für den wir die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel § 8 (1) erhöht haben oder unsere Leistungen gemäß § 8 (2) vermindert haben oder von unserem Recht auf Herabsetzung gemäß § 3 (2) Gebrauch gemacht haben. Diese Kündigung ist innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu erklären. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(4) Sie können auch den Vertragsteil desjenigen Versicherten kündigen, für den die Beiträge aufgrund des Erreichens einer höheren Altersgruppe gem. § 6 (1) (a) gestiegen sind. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung erklärt werden und uns zugehen. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Prämien-erhöhung wirksam werden soll.

(5) Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung

- zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist;
- bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Versicherte, haben die Versicherten das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen, wenn

- sie einen neuen Versicherungsnehmer benennen und
- diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abgeben.

Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Versicherten von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 12 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?

(1) Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich zu kündigen.

(2) Deshalb können wir nur nach den gesetzlichen Bestimmungen außerordentlich kündigen. Dabei können wir die Kündigung auch auf einzelne Versicherte beschränken. Kündigen wir den Vertrag insgesamt oder für einzelne Versicherte wegen Zahlungsverzugs, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- sie einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- uns dies innerhalb von zwei Monaten mitteilen, nachdem sie von der Kündigung und diesem Recht erfahren haben.

§ 13 In welcher Form müssen Sie Mitteilungen an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform.

§ 14 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Ortes einreichen,

- an dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben oder
- an dem wir unseren Sitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Ortes einreichen,

- an dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.



(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegen, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist das Gericht an unserem Sitz zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Wenn Sie mit unseren Entscheidungen nicht zufrieden sind oder Verhandlungen mit uns nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können Sie sich an den Ombudsmann wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Haben Sie Ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.eu-ropa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit der Betreuung durch uns nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.



Anhang - Gesetzestexte

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V

§ 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,

[...]

§ 44 Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden.

(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, sofern sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind oder sofern sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben,

2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung),

3. Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben,

4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt § 53 Absatz 8 Satz 1 entsprechend. Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.

(3) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher

oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.

§ 44a Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 27 Absatz 1a Satz 1 haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Spender ist das ausgefallene Arbeitseinkommen im Sinne von Satz 2 aus demjenigen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat. § 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 4, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen. Ansprüche nach dieser Vorschrift haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen.

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

[...]

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - SGB VI

§ 35 Regelaltersrente

Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und
2. die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.

Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) - SGB VII

§ 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld

(1) Verletztengeld wird erbracht, wenn Versicherte



1. infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und

2. unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, nicht nur darlehensweise gewährtes Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches oder nicht nur Leistungen für Erstausrüstungen für Bekleidung bei Schwangerschaft und Geburt nach dem Zweiten Buch oder Mutterschaftsgeld hatten.

(2) Verletztengeld wird auch erbracht, wenn

1. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind,

2. diese Maßnahmen sich aus Gründen, die die Versicherten nicht zu vertreten haben, nicht unmittelbar an die Heilbehandlung anschließen,

3. die Versicherten ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht wieder aufnehmen können oder ihnen eine andere zumutbare Tätigkeit nicht vermittelt werden kann oder sie diese aus wichtigem Grund nicht ausüben können und

4. die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 erfüllt sind.

Das Verletztengeld wird bis zum Beginn der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Zeit bis zum Beginn und während der Durchführung einer Maßnahme der Berufsfindung und Arbeitserprobung.

(3) Werden in einer Einrichtung Maßnahmen der Heilbehandlung und gleichzeitig Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Versicherte erbracht, erhalten Versicherte Verletztengeld, wenn sie arbeitsunfähig sind oder wegen der Maßnahmen eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 erfüllt sind.

(4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und

2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

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

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

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

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

[...]

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

Ist die Prämie regelmäßig bei dem Versicherungsnehmer eingezogen worden, so ist dieser zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn ihm in Textform angezeigt wird, dass die Übermittlung verlangt werde.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 204 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und



der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart;

[...]

(3) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

[...]

