

**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR BEFRISTETE KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT-REIHE FÜR LANGZEITREISEN (VB TEIL II)**

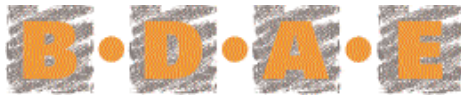
# TARIF EXPAT CASH

<b>1.</b>	<b>VERSICHERER:</b>	Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstr. 11, D-97070 Würzburg
<b>2.</b>	<b>VERSICHERUNGSNEHMERIN:</b>	BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH
<b>3.</b>	<b>VERSICHERUNGSBERECHTIGTE:</b>	Körperschaften und Wirtschaftsunternehmen, deren Mitglieder und Mitarbeiter international tätig sind.
<b>4.</b>	<b>VERSICHERBARE PERSONEN:</b>	Arbeitnehmer des Versicherungsberechtigten bis zu einem Alter von 65 Jahren, sofern Versicherungsfähigkeit gem. der VB Teil I, A, §1 gegeben ist. Ein Vertrag, der das bestehende Arbeitsverhältnis mit dem Versicherungsberechtigten oder deren Repräsentanten, Niederlassungen, Tochtergesellschaften, Beteiligungen oder Kooperationspartnern nachweist, ist auf Verlangen nachzureichen.
<b>5.</b>	<b>VERTRAGLICHE GRUNDLAGEN:</b>	Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil I und Teil II (EXPAT CASH)
<b>6.</b>	<b>GELTUNGSBEREICH:</b>	Weltweit. Für die Bundesrepublik Deutschland gilt: Personen ausländischer Staatsangehörigkeit sind nur versicherbar, wenn sie sich vorübergehend in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Personen deutscher Staatsangehörigkeit sind nur versicherbar für die Dauer ihres im Ausland ausgeübten Beschäftigungsverhältnisses. Vorübergehender Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland während des Urlaubs oder wegen eines nachzuweisenden beruflich bedingten Aufenthaltes ist in dieser Zeit mitversichert. Nicht versichert, trotz Beitragszahlung, ist die Wohnsitz- und/oder Arbeitsaufnahme von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit in der Bundesrepublik Deutschland.
<b>7.</b>	<b>BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES:</b>	Mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, unter Beachtung von VB Teil I, A, § 4.
<b>8.</b>	<b>VERSICHERUNGSJAHR:</b>	Jeweils vom 01.07. eines jeden Jahres bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres.
<b>9.</b>	<b>DAUER DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES:</b>	Die Versicherungsvereinbarung zwischen Versicherungsberechtigtem und Versicherungsnehmerin wird ab der Aufnahme der versicherten Person in den Gruppenversicherungsvertrag zunächst bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Vereinbarung verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, sofern diese nicht vom Versicherungsberechtigten mit einer Frist von einem Monat zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt wird. Das Versicherungsverhältnis endet in jedem Fall mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.
<b>10.</b>	<b>KÜNDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERHÄLTNISSSES:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet die Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages mit einer Frist von zwei Monaten zum Wirksamwerden der Kündigung den Versicherungsberechtigten und den versicherten Personen mitzuteilen.</li> <li>2. Der Versicherungsschutz innerhalb der Versicherungsvereinbarung kann für einzelne versicherte Personen mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres vom Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber der Versicherungsnehmerin gekündigt werden.</li> <li>3. Sind Versicherungsberechtigter und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat und die Versicherungsnehmerin dieses dem Versicherer bei der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag entsprechend nachweist. Die betroffene versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsberechtigten fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.</li> </ol>
<b>11.</b>	<b>PRÄMIENZAHLUNG:</b>	Die Prämie ist eine Jahresprämie, die in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Sie ist jeweils bis zum Ende des Versicherungsjahres im Voraus fällig und zahlbar.
<b>12.</b>	<b>ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND:</b>	Keine. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse in den Versicherungsbedingungen.
<b>12.a</b>	<b>ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN ZU LEISTUNGSAUSSCHLÜSSEN:</b>	Bei Arbeitnehmern des Versicherungsberechtigten, die im Rahmen des Personaleinsatzes auf Veranlassung des Versicherungsberechtigten ihr Aufenthaltsland bzw. Heimatland verlassen, ist der Leistungsausschluss gemäß VB Teil I, A, §4, Abs. 2 und §5, Abs. 1 und § 6, Abs. 2a abweichend beschränkt auf folgende, bei Versicherungsbeginn bestehende Erkrankungen und Versicherungsfälle: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) HIV-Infektionen/AIDS und deren Folgen;</li> <li>b) Krebserkrankungen oder gutartige Tumore, die innerhalb der letzten fünf Jahre vor oder bei Versicherungsbeginn behandlungsbedürftig waren;</li> <li>c) Herz- und Koronarerkrankungen und deren Folgen, welche innerhalb der letzten 12 Monate vor oder bei Versicherungsbeginn behandelt wurden.</li> </ol>

Stand: 01.03.2012

<b>13.</b>	<b>LEISTUNGEN:</b>	<b>EXPAT CASH</b>		
		Zahlung eines Krankentagegeldes bei ärztlich festgestellter 100%-iger Arbeitsunfähigkeit. Versicherbar ist das durch den Versicherungsberechtigten nachgewiesene Einkommen der versicherten Person, jedoch max. 150 Euro täglich.		
<b>13.a</b>	<b>LEISTUNGSDAUER:</b>	Die Leistung wird bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit gezahlt, höchstens jedoch für die Dauer von 546 Tagen (78 Wochen) einschließlich gewählter Karenzzeit.		
<b>14.</b>	<b>KARENZZEIT:</b>	Ab dem Zeitpunkt ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit beginnt die Leistungspflicht des Versicherers erst nach Ablauf der gemäß gewähltem Tarif vereinbarten Anzahl leistungsfreier Tage.		
<b>15.</b>	<b>MONATSPRÄMIE:</b>	Monatliche Beiträge für je 5,00 EUR versichertes Krankentagegeld		
		Männer	Frauen	
	<b>EXPAT CASH 14</b>	7,60 EUR	9,10 EUR	14
	<b>EXPAT CASH 42</b>	0,90 EUR	1,60 EUR	42
	<b>EXPAT CASH 91</b>	0,55 EUR	1,10 EUR	91
	<b>EXPAT CASH 183</b>	0,25 EUR	0,60 EUR	183
<b>16.</b>	<b>SONSTIGES:</b>	Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt. Bestehen für die versicherte Person mehrere Krankentagegeldversicherungen bei einem Versicherer, so wird die Gesamtleistung aus allen Verträgen auf maximal 150 EUR täglich begrenzt.		

Stand: 01.03.2012



B D A E G R U P P E

# VERSICHERUNGSVEREINBARUNG EXPAT GLOBAL-REIHE/EXPAT CASH

**ZWISCHEN VERSICHERUNGSBERECHTIGTEM:**

Firma:		
Anschrift:		
Ansprechpartner:		Funktion:
Fon:	Fax:	e-mail:

**UND VERSICHERUNGSNEHMERIN:**

**BDAE DIENSTLEISTUNGSGESELLSCHAFT MBH**

- Die Versicherungsnehmerin bietet Mitarbeitern des Versicherungsberechtigten durch Anmeldung beim Versicherer Einschluss in den Versicherungsschutz der Tarife EXPAT GLOBAL, EXPAT GLOBAL US 2000, EXPAT GLOBAL PREMIUM, EXPAT GLOBAL PREMIUM US 2000 und EXPAT CASH, sowie Familienangehörigen der Mitarbeiter Einschluss in den Versicherungsschutz der Tarife EXPAT GLOBAL, EXPAT GLOBAL US 2000, EXPAT GLOBAL PREMIUM, EXPAT GLOBAL PREMIUM US 2000. Grundlage bilden die Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen, Teil I und Teil II (Tarif EXPAT GLOBAL, EXPAT GLOBAL US 2000, EXPAT GLOBAL PREMIUM, EXPAT GLOBAL PREMIUM US 2000 und Tarif EXPAT CASH). Der Versicherungsberechtigte bestätigt den Erhalt vorgenannter Vereinbarungsgrundlagen und verpflichtet sich, diese den versicherten Personen ebenfalls zur Kenntnis zu bringen.
- Die Anmeldung der versicherten Personen durch den Versicherungsberechtigten erfolgt im Listenverfahren gemäß Tarif. Die Meldeliste wird erstmalig mit Beginn der Versicherungsvereinbarung erstellt, danach jährlich bis 14 Tage vor Beginn des neuen Versicherungsjahres. Unterjährige Änderungen (Zu- und Abmeldungen) sind monatlich der Versicherungsnehmerin zu melden. Der Versicherungsberechtigte verpflichtet sich, die versicherte Person über die Abmeldung in Kenntnis zu setzen und dies der Versicherungsnehmerin bei Bedarf nachzuweisen. Der Versicherungsberechtigte ist verpflichtet, die Versicherungsnehmerin über Änderungen des Arbeitsverhältnisses der versicherten Person, sofern sie die Versicherbarkeit oder den versicherten Leistungsumfang betreffen, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Für unberechtigt empfangene Leistungen, die durch Verletzung der Anzeigepflicht des Versicherungsberechtigten erbracht wurden, haftet der Versicherungsberechtigte gegenüber der Versicherungsnehmerin.
- Die Prämienzahlung erfolgt bei Erstanmeldung versicherter Personen im Voraus bis zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, danach jährlich im Voraus auf ein von der Versicherungsnehmerin zu benennendes Konto innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung. Prämienforderungen bzw. -verbindlichkeiten aufgrund unterjähriger Änderungen sind innerhalb von 14 Tagen nach Erstellung einer entsprechenden Zwischenabrechnung in Form von Rückerstattungen an den Versicherungsberechtigten, bzw. von Nacherstattungen an die Versicherungsnehmerin auszugleichen. Unterjährige Zahlweisen können unter Berücksichtigung von Ratenzahlungszuschlägen (monatlich + 5%, vierteljährlich + 3%, halbjährlich + 2%) durch die Versicherungsnehmerin vereinbart werden. Prämien Schuldner ist der Versicherungsberechtigte gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer. Die Versicherungsnehmerin entrichtet die Versicherungsprämien an den Versicherer.
- Dem Versicherungsberechtigten ist bekannt, dass im Falle einer durch den Versicherungsberechtigten zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung der jeweils fälligen Prämie und Nebenkosten die Versicherungsnehmerin die benannten versicherten Personen nicht bei dem Versicherer anmelden wird, beziehungsweise im Falle fehlender Folgezahlungen die versicherten Personen wieder abmelden wird. Dem Versicherungsberechtigten ist weiterhin bekannt, dass in diesem Fall der Versicherungsschutz gefährdet ist.
- Die Versicherungsvereinbarung tritt in Kraft am:
- Für Versicherte in USA / Kanada (Zutreffendes bitte ankreuzen):
  - Der Selbstbehalt soll den versicherten Personen bei der Abrechnung von Leistungen direkt abgezogen werden
  - Der Selbstbehalt wird von dem Versicherungsberechtigten zu Beginn der Versicherung / des jeweiligen Versicherungsjahres der Versicherungsnehmerin vorauslagt. Den versicherten Personen sollen versicherte Leistungen vollständig erstattet werden. Nicht in Anspruch genommener Selbstbehalt wird dem Versicherungsberechtigten zum Ende des Versicherungsjahres, bzw. bei Beendigung dieser Versicherungsvereinbarung rückerstattet.
- Sonstige Vereinbarungen:

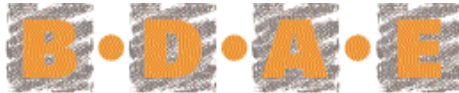
**UNTERSCHRIFTEN UND STEMPEL:**

Ort, Datum:	Versicherungsberechtigter: (Unterschrift, Firmenstempel)
Hamburg, Datum:	Versicherungsnehmerin: BDAE Dienstleistungsgesellschaft mbH (Unterschrift, Firmenstempel)

Stand: 01.03.2012

• BDAE DIENSTLEISTUNGSGESELLSCHAFT MBH •  
 KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG  
 FON +49-40-30 68 74-0 • FAX +49-40-30 68 74-90  
 info@bdae.de • www.bdae.com

BANK: DEUTSCHE BANK PRIVAT- UND GESCHÄFTSKUNDEN AG • BLZ: 200 700 24 • KONTO: 390 024 800 • IBAN: DE47200700240390024800 • BIC: DEUTDE33HAN  
 SITZ DER GESELLSCHAFT: HAMBURG • HRB 121738 • AMTSGERICHT HAMBURG • GESCHÄFTSFÜHRER: ANDREAS OPITZ



B D A E G R U P P E

# MELDELISTE EXPAT CASH

**VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):**

**FOLGENDE BERECHTIGTE MITARBEITER SOLLEN GEMÄSS VERSICHERUNGSVEREINBARUNG VERSICHERT WERDEN:**

ALLGEMEINE ANGABEN												VERSICHERTER LEISTUNGSUMFANG*						
lfd. Nr.	Name, Vorname(n)	Nationalität	Geschlecht*		Geburtsdatum	Geplantes Aufenthaltsland	Versicher.-beginn Mon./Jahr	Besteht eine weitere Krankentagegeldversicherung?				EXPAT CASH	Leistungsfreie Tage				Höhe Tagegeld (EUR) max. 150 EUR pro Tag	Mitarb. ist entsandt**
			m	w				nein	ja	Versicherer	Vers.-Nr.		14	42	91	183		

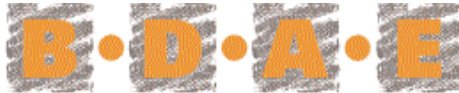
(\*bitte ankreuzen)

(\*\*Im Rahmen des Personaleinsatzes des Mitarbeiters im Ausland wechselt der Mitarbeiter auf Wunsch des Arbeitgebers das Land/den Kulturkreis.)

Ort, Datum:

Unterschrift/Stempel:

Stand: 01.03.2012



B D A E G R U P P E

# AN-/ABMELDUNGEN EXPAT CASH

**VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):**

**FOLGENDE BERECHTIGTE MITARBEITER SOLLEN GEMÄSS VERSICHERUNGSVEREINBARUNG VERSICHERT WERDEN:**

ALLGEMEINE ANGABEN												VERSICHERTER LEISTUNGSUMFANG*						
Ifd. Nr.	Name, Vorname(n)	Nationalität	Geschlecht*		Geburtsdatum	Geplantes Aufenthaltsland	Versicher.-beginn Mon./Jahr	Besteht eine weitere Krankentagegeldversicherung?				EXPAT CASH	Leistungsfreie Tage				Höhe Tagegeld (EUR) max. 150 EUR pro Tag	Mitarb. ist entsandt**
			m	w				nein	ja	Versicherer	Vers.-Nr.		14	42	91	183		

**ABMELDUNG VERSICHERTE PERSONEN:**

Ifd. Nr.	Name, Vorname(n)	Vers.-Nr.	letzter zu versichernder Monat Mon./Jahr

**ABMELDUNG VERSICHERTE PERSONEN:**

Ifd. Nr.	Name, Vorname(n)	Vers.-Nr.	letzter zu versichernder Monat Mon./Jahr

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_

(\*bitte ankreuzen) (\*\*Im Rahmen des Personaleinsatzes des Mitarbeiters im Ausland wechselt der Mitarbeiter auf Wunsch des Arbeitgebers das Land/den Kulturkreis.)

## VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR BEFRISTETE KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT-REIHE FÜR LANGZEITREISEN (VB TEIL I)

### TEIL A - ALLGEMEINER TEIL GÜLTIG FÜR ALLE IM TEIL B GENANNTE VERSICHERUNGEN UND DIE JEWEILIGEN TARIFE

#### § 1 VERSICHERBARE PERSONEN UND VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Antrag auf Aufnahme von versicherten Personen in den Gruppenversicherungsvertrag kann nur durch Versicherungsberechtigte gestellt werden. Versicherungsberechtigte sind juristische und natürliche Personen gemäß den jeweils zugrundeliegenden Tarifbedingungen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind
  - a) dauernd pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
  - b) Personen, deren Teilhabe am allgemeinen Leben dauerhaft ausgeschlossen ist. Für die Einordnung sind insbesondere der mentale Geisteszustand und die objektiven Lebensumstände der Person zu berücksichtigen.
4. Für versicherte Personen, die ihren Lebensmittelpunkt dauerhaft in der Bundesrepublik Deutschland haben, besteht kein Versicherungsschutz.
5. Nicht versicherbar sind natürliche Personen mit einem befristeten Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland, bei denen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag die Gesamtversicherungsdauer aller während des Aufenthaltes abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge einen Zeitraum von 5 Jahren überschritten hat.

#### § 2 ABSCHLUSS UND BEENDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

1. Der Gruppenversicherungsvertrag wird zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Versicherer für die Dauer eines Jahres geschlossen. Der Gruppenversicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages erhalten die versicherten Personen von dem Versicherer ein Angebot auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes.

#### § 3 PRÄMIE, LEISTUNGSANPASSUNG, VERSICHERUNGSAHRE

1. Die Versicherungsnehmerin hat das Recht, einzelne versicherte Personen wegen Nichtzahlung der Prämie aus dem Gruppenversicherungsvertrag abzumelden.
2. Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung der Prämie oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des tariflich vereinbarten Versicherungsjahres mitteilt.
3. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für befristete Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe für Langzeitreisen VB Teil II.
4. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung der Prämie oder der Versicherungsleistung mit einer Frist von 2 Monaten zum Ende des tariflich vereinbarten Versicherungsjahres den Versicherungsberechtigten und der versicherten Personen schriftlich mitzuteilen.

#### § 4 GELTUNGSBEREICH, BEGINN, DAUER UND ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen eines befristeten

Aufenthaltes im tariflich vereinbarten Geltungsbereich aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt für die versicherte Person nach der verbindlichen Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn),
  - a) jedoch nicht vor Beginn des Aufenthaltes der versicherten Person im tariflich vereinbarten Geltungsbereich;
  - b) nicht vor Eintritt der tariflichen Versicherbarkeit der versicherten Person;
  - c) nicht vor Zahlung der Prämie;
  - d) nicht vor Ablauf tariflich vereinbarter Wartezeiten.
2. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind bzw. bestehen, wird nicht geleistet.
3. Für Versicherungsfälle, die während der tariflich vereinbarten Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.
4. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird im jeweiligen Tarif festgelegt.
5. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle:
  - a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer des gewählten Tarifs;
  - b) mit der Abmeldung aus dem Gruppenversicherungsvertrag durch die Versicherungsnehmerin unter Beachtung der im Tarif festgelegten Fristen und Voraussetzungen;
  - c) mit dem Tod der versicherten Person;
  - d) mit Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß VB Teil I, A, §1;
  - e) zum Ende des Monats der der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person im tariflich vereinbarten Geltungsbereich oder der endgültigen Rückkehr der versicherten Person in ihr Heimatland folgt;
  - f) sobald die tariflichen Voraussetzungen der Versicherbarkeit einer versicherten Person entfallen;
  - g) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin.

#### § 5 GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND UMFANG DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer leistet je nach versichertem Tarif Entschädigung für akut und unerwartet während des Aufenthaltes im tariflich vereinbarten Geltungsbereich eintretende Versicherungsfälle.
2. Der Versicherungsschutz ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, diesen Versicherungsbedingungen, den gewählten Tarifen, den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

#### § 6 ALLGEMEINE EINSCHRÄNKUNGEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch aktive Teilnahme an Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, innere Unruhen, Schäden durch Kern-

energie, sowie für solche Ereignisse, die auf vorsätzliches Handeln der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person zurückzuführen sind.

2. Keine Leistungspflicht besteht für:
  - a) die bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehenden und bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen. Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind.
  - b) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
  - c) Behandlungen während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall behandlungsbedürftig arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.
  - d) eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
  - e) Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose, Psychoanalyse und Psychotherapie;
  - f) Immunisierungsmaßnahmen;
  - g) Hilfsmittel;
  - h) Behandlungen wegen Sterilität, einschließlich künstlicher Befruchtungen sowie dazugehöriger Voruntersuchungen und Folgebehandlungen;
  - i) Vorsorgeuntersuchungen;
  - j) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder, in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen oder Personen mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
  - k) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch berufsmäßige Teilnahme an sportlichen, von Verbänden und Vereinen veranstalteten Wettkämpfen und deren Vorbereitung verursacht werden oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - l) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - m) Behandlungen wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung von World Health Organisation empfohlener oder gesetzlich vorgeschriebener Schutzimpfungen auftreten, es sei denn, dass medizinische Gründe der Schutzimpfung entgegenstehen. In diesem Falle sind die medizinischen Gründe dem Versicherer durch ein ärztliches Attest zu belegen.
  - n) Behandlungen eines Abhängigkeitssyndroms und deren Folgen;
  - o) Selbstmordversuche und deren Folgen;
  - p) Organspenden und deren Folgen;
  - q) Zahnersatz (wie z.B. Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, Implantate) und kieferorthopädische Behandlung, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen.

Hinweis: Bitte beachten Sie die zusätzlichen Bestimmungen zu den Ausschlüssen in VB Teil I, B.

## **§ 7 OBLIEGENHEITEN UND FOLGEN VON OBLIEGENHEITSVIERTLICHUNGEN**

1. Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
  - a) alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
  - b) alle Schäden, die voraussichtlich eine Summe von 1.000,00 EUR überschreiten, dem Versicherer oder dessen Beauftragten unverzüglich anzuzeigen;
  - c) dem Versicherer oder dessen Beauftragten jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen, sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.

2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Beginn und Ende, sowie die Unterbrechung eines Aufenthaltes im tariflich vorgesehenen Geltungsbereich, sowie das Vorliegen der tariflichen Voraussetzung auf Versicherungsfähigkeit sind von der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.
4. Verletzt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte oder die versicherte Person.
5. Versicherungsrechte und versicherte Person sind verpflichtet, Änderungen ihrer Anschrift unverzüglich der Versicherungsnehmerin anzuzeigen.

## **§ 8 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise - diese werden Eigentum des Versicherers - erbracht sind:
  - a) Bezahlte Original-Belege, die den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Namen und Anschrift des Behandlers, die Bezeichnung der Krankheit, die Angabe der vom Behandler erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungs-Zweitschriften.
  - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
  - c) Nachweise über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport geltend gemacht werden. Ferner ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransportes vorzulegen.
  - d) Zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.
2. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
3. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen vereinbart werden.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
5. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass der Versicherer im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsrechte oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und der Versicherer hierdurch die Höhe und Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer schuldhaft nicht entbunden werden.
6. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch den Versicherer infolge eines Verschuldens der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gehindert sind.
7. Ansprüche aus diesem Gruppenversicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

## **§ 9 ENTSCHÄDIGUNG AUS ANDEREN VERSICHERUNGSVERTRÄGEN UND ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE**

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall über diesen Gruppenversicherungsvertrag zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in

Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.

- Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte oder die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.
- Die Ansprüche der Versicherungsnehmerin, des Versicherungsberechtigten oder der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin sind die Versicherungsnehmerin, der Versicherungsrechte und die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

### **§ 10 AUFRECHNUNG**

Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

### **§ 11 WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (Brief, Fax, E-Mail, Elektronischer Datenträger, etc). Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen.

### **§ 12 ANZUWENDENDEN RECHT / VERTRAGSSPRACHE**

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

### **§ 13 ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG**

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtig.

### **§ 14 AUFSICHTSBEHÖRDE UND BESCHWERDESTELLEN**

Sollten Sie mit einer Leistung oder Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte direkt an den jeweiligen Versicherer.

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das Bundesaufsichtsamt für Finanzdienstleistungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die Würzburger Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Versicherten Personen, in Tarifen deren Versicherer die Würzburger Versicherungs-AG ist, eröffnet sich daher ein besonderer Service, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

Tel.: +49-30-20 60 58-99

Fax: +49-30-20 60 58-98

e-mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

www.versicherungsombudsmann.de

## **TEIL B – BESONDERER TEIL ZU DEN EINZELNEN VERSICHERUNGEN**

### **JEWEIFIGER ABSCHNITT GÜLTIG IN ABHÄNGIGKEIT VOM GEWÄHLTEN VERSICHERUNGSSCHUTZ UND TARIF**

#### **ABSCHNITT I. KRANKENVERSICHERUNG FÜR LANGZEITREISEN (NUR GÜLTIG, SOFERN IM GEWÄHLTEN TARIF ENTHALTEN)**

##### **§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt in die Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- Sofern der Tarif entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:

- a) ärztliche Behandlungen einschl. Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlungen, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person noch nicht bestanden hat sowie Behandlungen wegen Fehlgeburt;
- b) durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
- c) Entbindungen nach Ablauf der tariflich vereinbarten Wartezeit;
- d) Ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
- e) Tod.

- Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Bedingungen und dem jeweils gewählten Tarif.
- Im tariflich vereinbarten Geltungsbereich steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland niedergelassenen, gesetzlich anerkannten und approbierten Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern sowie Hebammen frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für ihren Berufsstand - sofern vorhanden - oder die ortsübliche Gebühr abrechnen.
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in VB Teil I, B, I, § 1, Abs. 4 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dergleichen.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung 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, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Versicherungsschutz besteht für die allgemeine Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung).
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, B, I, § 1, Abs. 6, 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.
- Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- Der Versicherer leistet im tariflich vereinbarten Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch einen versicherten Leistungsfall eintritt.
- Der Versicherer leistet im tariflich vereinbarten Umfang die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Heimatland oder am ständigen Wohnsitz der versicherten Person. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn nachgewiesen wird, dass im vereinbarten Geltungsbereich eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und der Rücktransport vom Arzt des Versicherers befürwortet wird. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

##### **§ 2 EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES**

- Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und Krankenanstalten oder Hebammen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherer den Versicherungsberechtigten und die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über den nicht mehr zu erstattenden Behandler informiert hat. Sofern vor der Benachrichtigung ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für den betroffenen Behandler die tarifgemäße Leistungspflicht für maximal drei Monate

gerechnet ab dem Zeitpunkt der Benachrichtigung.

- Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung ortsüblich nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

### **§ 3 BESONDERE OBLIEGENHEITEN NACH EINTRITT DES VERSICHERUNGSFALLES**

- Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.
- Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, besteht eine solche oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Schwangerschaften sind, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, innerhalb von 4 Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.
- Medizinisch notwendige Rücktransporte sind vor deren Durchführung dem Versicherer anzuzeigen.
- Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus VB Teil I, A § 7, Abs. 4.

## **ABSCHNITT II. KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG (NUR GÜLTIG, SOFERN IM GEWÄHLTEN TARIF ENTHALTEN)**

### **§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaustausch als Folge von Krankheiten oder Unfällen im In- und Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld.
- Versicherungsfall ist die im Verlauf einer medizinisch notwendigen ärztlichen Heilbehandlung festgestellte Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.
- Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen 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. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Arbeitsunfähigkeit im vereinbarten Aufenthaltsland.

### **§ 2 UMFANG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

- Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zuzüglich etwaiger tariflich vereinbarter leistungsfreier Tage (Karenzzeit). Die Leistungspflicht endet mit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder mit dem Ende der Versicherung gemäß VB Teil I, A, § 4, Abs. 5 und VB Teil I, B, § 4, spätestens jedoch mit Ablauf der tariflich vereinbarten Leistungsdauer.
- Der Versicherer verpflichtet sich, den Versicherungsschutz zum Ersten des folgenden Monats des auf den Antrag des Versicherungsberechtigten und der versicherten Person anzupassen, wenn und soweit,
  - durch eine Änderung des regelmäßigen, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens eine Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes notwendig ist, um das vorherige prozentuale Verhältnis des Krankentagegeldes zum Nettoeinkommen wiederherzustellen. Diese Verpflichtung des Versicherers besteht bei einer Verringerung des Krankengeldanspruches gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger entsprechend.
  - durch eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Falle der Arbeitsunfähigkeit der Wechsel in eine Tarifstufe mit anderer Karenzzeit erforderlich wird.

Die Anpassung muss innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der Gründe für die Änderung beantragt werden. Die Änderungsgründe sind glaubhaft zu machen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an der erhöhte Versicherungsschutz gewährt.

- Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Versicherungsverhältnis zu Grunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag rückwirkend ab dem Eintritt der Minderung entsprechend herabsetzen beziehungsweise zuviel gezahlte Leistungen zurückfordern.
- Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt oder Zahnarzt oder im Krankenhaus behandelt wird.
- 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.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von VB Teil I, B, II, § 2, Abs. 5, 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.

### **§ 3 BESONDERE AUSCHLÜSSE**

Soweit nicht anders vereinbart besteht keine Leistung:

- Bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Abweichend hiervon werden für in einem Arbeitsverhältnis befindliche Personen, die für die Zahlung eines Krankentagegeldes mit einer Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) von mindestens 42 Tagen versichert sind, außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gem. VB Teil I, B, II, § 3, Abs. 2, Leistungen erbracht.
- Bei Arbeitsunfähigkeit während gesetzlicher Beschäftigungsverbote für in einem Arbeitsverhältnis befindliche werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz).

### **§ 4 ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN ZUM ENDE DER VERSICHERUNG**

- Der Versicherungsschutz endet zusätzlich zu VB Teil I, A, § 4, Abs. 5 mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit, mit Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder einer teilweisen Erwerbsminderung sowie mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs- oder Altersrente.
- Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung vorliegt, entscheidet der Versicherer aufgrund der eingereichten beziehungsweise von ihm eingeholten Nachweise und teilt seinen Bescheid in Schriftform mit.

### **§ 5 BESONDERE OBLIEGENHEITEN**

- Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen. Die Bescheinigung kann vorab per Fax übermittelt werden. Die Originale sind unverzüglich auf den Postweg zu bringen. Eine Bescheinigung von Ehe- oder Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor Ablauf der gewählten Karenzzeit. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer regelmäßig, soweit nicht anders vom Versicherer gefordert, in höchstens vierzehntägigen Abständen nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsberechtigte und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwischen der Versicherungsberechtigten und der versicherten Person ist dem Versicherer von der Versicherungsberechtigten und der versicherten Person unverzüglich anzuzeigen.
- Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
- Versicherte Personen sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens oder eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber mitzuteilen.