

Im Tarif KTS zahlt die Allianz Private Krankenversicherungs-AG im Versicherungsfall für

selbstständig erwerbstätige Personen

- für jeden Tag einer Arbeitsunfähigkeit oder eines Verdienstausfalls in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten
 - das versicherte Krankentagegeld ohne Leistungshöchstdauer (auch für Sonn- und Feiertage)
 - im Tarif KTS02 nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit von 7 Tagen (ab dem 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit)
 - im Tarif KTS03 nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit von 14 Tagen (ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit)
 - im Tarif KTS04 nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit von 21 Tagen (ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit), s. Seite 2 bis 7 dieses Dokuments
 - im Tarif KTS05 nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit von 28 Tagen (ab dem 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit)
 - im Tarif KTS07 nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit von 42 Tagen (ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit)
-

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Krankentagegeld-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif Krankentagegeld Selbstständige ab 4. Woche (KTS04W) - Einzelversicherung

Dieser Tarif gehört zur Tarif-Serie Krankentagegeld Selbstständige. Er hat die Kurzbezeichnung KTS04W.

Der Tarif KTS04W gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz und Geschäftssitz in Deutschland liegen.

2.1.2 Welche Eigenschaften muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaften (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Erforderliche Eigenschaften während der Versicherung nach diesem Tarif

a) Erforderliche Eigenschaften

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie selbstständig erwerbstätig ist.

b) Begriffserläuterung zur selbstständigen Erwerbstätigkeit

Eine selbstständige Erwerbstätigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person diese als

- Angehörige eines freien Berufs oder
- Berufstätige der gewerblichen Wirtschaft, die ihr Gewerbe bei der Behörde angezeigt oder eine Gewerbeerlaubnis hat (stehendes Gewerbe), mit regelmäßigen Einkünften ausübt.

Zur selbstständigen Erwerbstätigkeit zählt auch, wenn die versicherte Person

- nach Beendigung ihrer Erwerbstätigkeit nach Satz 1 zwar arbeitslos ist,
- sich aber sogleich und ernsthaft um die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Satz 1 bemüht und
- sich diese Bemühungen nicht als aussichtslos darstellen (vorübergehende Arbeitslosigkeit).

Die Anforderungen nach Satz 2 gelten auch als erfüllt, solange die versicherte Person während der vorübergehenden Arbeitslosigkeit krank und ausschließlich durch ihre Krankheit daran gehindert ist, eine berufliche Tätigkeit nach Satz 1 aufzunehmen.

Wenn die versicherte Person arbeitslos ist und die Voraussetzungen nach Satz 2 erfüllt sind, gelten die Besonderen Regelungen nach Ziffer 2.9.

(2) Beendigung des Tarifs bei Wegfall einer erforderlichen Eigenschaft

Bei Wegfall einer nach Absatz 1 erforderlichen Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person gemäß Ziffer 1.9.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit wechselt, gilt Ziffer 1.10 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1 Was ist Voraussetzung für die Zahlung von Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit?

2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab? Welche Leistung beinhaltet dieser Tarif?

2.2.5 Wann entfallen die Wartezeiten?

2.2.1 Was ist Voraussetzung für die Zahlung von Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit?

Wir zahlen Krankentagegeld nur unter der Voraussetzung, dass die →versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum oder im Krankenhaus behandelt wird.

2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Zusageerfordernis

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.2 Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz 1 gelten folgende Ausnahmen:

a) Notfallbehandlung oder stationäre Operation

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungs-zusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbe-

handlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) - auch bei Notfalleinweisung - medizinisch notwendig ist.

Unsere vorherige schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, wenn die versicherte Person medizinisch notwendig stationär operiert werden muss.

b) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz 1 eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

c) Einziges geeignetes Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz 1 das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

d) Versicherte Person ist auch vor oder nach dem Aufenthalt arbeitsunfähig

Wenn die →versicherte Person während des Aufenthalts im Krankenhaus nach Absatz 1 arbeitsunfähig ist, berufen wir uns in folgenden Fällen ebenfalls nicht auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Zusage:

- Der Versicherungsfall ist vor Beginn des Krankenhausaufenthalts eingetreten und die Arbeitsunfähigkeit hat mindestens ununterbrochene 14 Tage vor dem Beginn des Krankenhausaufenthalts bestanden.
- Die Arbeitsunfähigkeit besteht ununterbrochen über das Ende des Krankenhausaufenthalts hinaus.

In diesen Fällen zahlen wir das versicherte Krankentagegeld für die Zeit des Krankenhausaufenthalts im vertraglichen Umfang, solange die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

Wir rechnen Zahlungen, die ein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder das berufsständische Versorgungswerk zum Ausgleich des Einkommensausfalls der versicherten Person erbringt (Ausgleichszahlung), auf unsere Zahlung des versicherten Krankentagegelds an. Diese Anrechnung erfolgt aber nur, soweit durch die Ausgleichszahlung sowie durch sonstige Krankentage- und →Krankengelder das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne überstiegen wird, das die versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet bezieht.

e) Tuberkulose-Erkrankungen

Bei Tuberkulose-Erkrankungen (Tbc-Erkrankungen) leisten wir im vertraglichen Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Tuberkulose-Sanatorien.

2.2.4 Welche Leistung beinhaltet dieser Tarif?

Wir zahlen im Versicherungsfall

- für jeden Tag einer Arbeitsunfähigkeit oder eines Verdienstausfalls in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten
- nach Ablauf der vereinbarten →Karenzzeit (21 Tage)
- das versicherte Krankentagegeld ohne Leistungshöchstdauer (auch für Sonn- und Feiertage).

Dabei zahlen wir nach diesem Tarif das versicherte Krankentagegeld ab dem 22. Tag

- der Arbeitsunfähigkeit oder
- nach Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG).

2.2.5 Wann entfallen die Wartezeiten?

(1) Unfall der versicherten Person

Die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall (siehe Ziffer 1.1.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem entfallen für diesen Tarif bei einem Unfall auch die beson-

deren Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(2) Gleichzeitiger Abschluss einer substitutiven Krankheitskosten-Versicherung

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen außerdem, wenn für die →versicherte Person gleichzeitig mit dem Abschluss dieses Tarifs eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung bei uns abgeschlossen wird. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.3 Versicherungsschutz für Auslandsaufenthalte

Inhalt dieses Abschnitts:

2.3.1 Welcher Versicherungsschutz ist bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Europa vereinbart?

2.3.2 Welche Leistungszusage gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder in die Schweiz verlegt?

2.3.3 Welche sonstigen Regelungen sind zu beachten, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält?

2.3.1 Welcher Versicherungsschutz ist bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Europa vereinbart?

Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt Folgendes:

(1) Vorübergehender Aufenthalt im europäischen Ausland

Wenn die →versicherte Person sich vorübergehend im europäischen Ausland aufhält, zahlen wir das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang

- sowohl für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus,
- als auch für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem privaten Krankenhaus.

Wir erbringen in diesen Fällen die Tarifleistungen auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt oder die versicherte Person zum Zweck ihrer Behandlung ins Ausland reist.

(2) Ausschluss weiterer Leistungen

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland zahlen wir das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang nur, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind. Darüber hinaus zahlen wir kein Krankentagegeld. Das gilt unter anderem, wenn sich die →versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts in ambulanter Heilbehandlung befindet.

2.3.2 Welche Leistungszusage gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder in die Schweiz verlegt?

Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt

- in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegt,

gilt die Leistungsbegrenzung nach Ziffer 1.1.7 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht und wir zahlen das versicherte Krankentagegeld im selben vertraglichen Umfang, wie wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hätte. Dieselbe

Leistungszusage gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

Wir erbringen in diesen Fällen die Tarifleistungen auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

Die Leistungszusage gilt, wenn sich die versicherte Person im Land ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts oder vorübergehend in Deutschland aufhält. Wenn sie sich dagegen vorübergehend in einem anderen europäischen Staat aufhält, gilt Ziffer 2.3.1.

2.3.3 Welche sonstigen Regelungen sind zu beachten, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält?

Die sonstigen Regelungen in den Tarifbedingungen, den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Teil A Ziffer 1) sowie den Baustein übergreifenden Regelungen in den Teilen B und C gelten unverändert.

Das betrifft auch die weiteren Bestimmungen über einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland (siehe Ziffer 1.1.6 Absatz 2 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein) und zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts oder des Geschäftssitzes nach Ziffer 1.1.7 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.4 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen?
- 2.4.2 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht nur für die Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots ausgeschlossen?
- 2.4.3 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?

2.4.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit

a) wegen Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) wegen Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt worden sind.

c) wegen Krankheiten und Unfällen, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

2.4.2 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht nur für die Dauer eines gesetzlichen Beschäftigungsverbots ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit während eines Zeitraums, für den nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) ein Beschäftigungsverbot besteht.

Das gilt nicht und wir zahlen das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang, wenn die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung steht.

Unsere Leistung in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten erbringen wir dennoch während der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) und am Entbindungstag.

2.4.3 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt?

(1) Abwesenheit vom gewöhnlichen Aufenthaltsort

a) Verlassen des gewöhnlichen Aufenthaltsorts während Arbeitsunfähigkeit

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit, wenn sich die →versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort aufhält.

Wir leisten dennoch in folgenden Fällen:

aa) Krankenhausbehandlung

Die arbeitsunfähige →versicherte Person befindet sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung und die Leistungsvoraussetzungen nach Ziffer 2.2.2 Absatz 2 oder Ziffer 2.2.3 sind erfüllt.

bb) Nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage

Wir leisten, soweit wir die Zahlung des versicherten Krankentagegelds vor dem Ortswechsel →schriftlich zugesagt haben. Wir erteilen die vorherige Zusage, wenn

- die →versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat,
- der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und
- uns die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist.

b) Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, während sich versicherte Person nicht am gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet

aa) Rückkehr nach medizinischem Befund ausgeschlossen

Wenn die →versicherte Person außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts arbeitsunfähig wird, steht ihr das Krankentagegeld zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr der versicherten Person an ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ausschließt.

bb) Nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage

Wenn die →versicherte Person außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts arbeitsunfähig wird und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit an einen anderen Ort wechselt, an dem sie sich ebenfalls nicht gewöhnlich aufhält, leisten wir, soweit wir die Zahlung des versicherten Krankentagegelds vor dem Ortswechsel →schriftlich zugesagt haben.

Wir erteilen die vorherige Zusage, wenn

- die versicherte Person ein berechtigtes Interesse an dem Ortswechsel hat,
- der Ortswechsel die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihre Genesung nicht behindert und
- uns die Anschrift und Telefonnummer mitgeteilt worden sind, unter der die versicherte Person an dem anderen Ort erreichbar ist.

(2) Rehabilitationsmaßnahmen

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeit während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger oder des berufsständischen Versorgungswerks.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person aus medizinischen Gründen während einer Arbeitsunfähigkeit, die mindestens ununterbrochene 14 Tage dauert, eine Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers oder des berufsständischen Versorgungswerks beginnt.

Wir rechnen Zahlungen, die der Rehabilitationsträger oder das berufsständische Versorgungswerk zum Ausgleich eines Einkommens

mensausfalls erbringt (Ausgleichszahlung), auf die Zahlung des versicherten Krankentagegelds an. Diese Anrechnung erfolgt aber nur, soweit durch die Ausgleichszahlung sowie sonstige Krankentage- und →Krankengelder das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne überstiegen wird, das die versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet bezieht.

(3) Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren

a) Zusageerfordernis

Wir leisten nicht für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Wir leisten dennoch für eine Entziehungsmaßnahme, soweit wir unsere Leistungen vor Behandlungsbeginn →schriftlich zugesagt haben.

Für die Erteilung unserer Zusage müssen mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Keine Nikotinsucht
Die →versicherte Person ist süchtig - mit Ausnahme von Nikotinsucht.
- Höchstens insgesamt 3 Entziehungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit
Wir haben für die versicherte Person während der gesamten bei uns zurückgelegten Versicherungszeit Aufwendersatz für höchstens 2 Entziehungsmaßnahmen erbracht. Das bedeutet, dass wir Versicherungsschutz höchstens für insgesamt 3 Entziehungsmaßnahmen bieten. Das gilt unabhängig davon, ob die Entziehungsmaßnahmen ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Außerdem können wir unsere Zusage von der Begutachtung über die Erfolgsaussicht der Entziehungsmaßnahme durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Der Umfang unserer vorherigen Leistungszusage hängt darüber hinaus davon ab, ob es sich um die erste Entziehungsmaßnahme oder um die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme handelt (siehe Absatz b)).

b) Umfang unserer Leistungspflicht

Soweit wir unsere Leistungen zuvor →schriftlich zugesagt haben, zahlen wir das versicherte Krankentagegeld nach Ziffer 2.2.4 im vertraglichen Umfang wie folgt:

- 100 Prozent des versicherten Krankentagegelds für die erste Entziehungsmaßnahme.
- 70 Prozent des versicherten Krankentagegelds für die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme.

Wenn aber ein anderer Leistungsträger (zum Beispiel gesetzlicher Rehabilitationsträger oder berufsständisches Versorgungswerk) Zahlungen zum Ausgleich eines Einkommensausfalls der →versicherten Person erbringt (Ausgleichszahlung), rechnen wir diese Ausgleichszahlung auf unsere Krankentagegeld-Zahlung an.

2.5 Regelungen zur Erhöhung des versicherten Krankentagegelds

2.5.1 Wann bieten wir Ihnen eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an?

(1) Unser Angebot zur Erhöhung des Krankentagegelds

Solange die →versicherte Person noch nicht 65 Jahre alt ist, bieten wir Ihnen jeweils entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung eine Erhöhung des für die versicherte Person versicherten Krankentagegelds an, wenn

- sie in den vorangegangenen 36 Monaten ununterbrochen mit Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif versichert ist,
- das versicherte Krankentagegeld für sie in dieser Zeit nicht geändert worden ist und
- für die versicherte Person ein Krankentagegeld nach diesem Tarif in Höhe von mindestens 25 Euro versichert ist.

(2) Inhalt unseres Angebots

Wir unterbreiten Ihnen in jedem Kalenderjahr, in dem für die →versicherte Person eine Anspruchsberechtigung nach Absatz 1 besteht, in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) ein Angebot mit folgenden Angaben:

- das durch die Erhöhung versicherbare Krankentagegeld,
- der nach der Erhöhung maßgebliche Beitrag,
- die Frist, innerhalb derer Sie das Angebot annehmen müssen, damit die Erhöhung wirksam wird, und
- der Zeitpunkt, ab dem der erweiterte Versicherungsschutz gelten soll.

(3) Ihre Annahme unseres Erhöhungsangebots

Unser Angebot auf Erhöhung des versicherten Krankentagegelds ist jeweils befristet. Wenn Sie es nicht rechtzeitig →schriftlich annehmen, ist es deshalb unwirksam. Ihre Annahme ist nur rechtzeitig, wenn sie uns bis zum Ablauf der von uns im Angebot genannten Frist zugegangen ist.

Durch die Erhöhung des versicherten Krankentagegelds darf das für die →versicherte Person maßgebliche Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne nicht überstiegen werden. Andernfalls sind wir nach den vertraglichen Regelungen zur Vertragsanpassung berechtigt. Deshalb empfehlen wir, dass Sie vor Annahme des Angebots den Absicherungsbedarf für die versicherte Person prüfen.

Der Absicherungsbedarf kann nach den vertraglichen Regelungen unterschiedlich sein und ist vor allem davon abhängig, ob die versicherte Person berufstätig oder vorübergehend arbeitslos ist oder sich in Elternzeit befindet.

(4) Verzicht auf erneute Risikoprüfung und Wartezeiten

Wir verzichten bei der Erhöhung des versicherten Krankentagegelds auf eine erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, wenn Sie unser Angebot innerhalb der von uns im Angebot genannten Frist annehmen. Besondere vertragliche Vereinbarungen werden an den erweiterten Leistungsumfang angeglichen.

(5) Beginn des erweiterten Versicherungsschutzes

Wenn Sie unser Angebot innerhalb der von uns im Angebot genannten Frist annehmen, erhöht sich der Versicherungsschutz mit Wirkung ab dem Datum, das wir Ihnen jeweils in unserem Angebot als Beginn genannt haben.

Das gilt aber nicht für eine Arbeitsunfähigkeit der →versicherten Person, die bereits bestanden hat, bevor Sie das jeweilige Erhöhungsangebot angenommen haben. Für diese zahlen wir das versicherte Krankentagegeld in unveränderter Höhe im vertraglichen Umfang, solange die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen auch nach der jeweiligen Erhöhung fortbesteht.

(6) Beitragsberechnung für die Erweiterung des Versicherungsschutzes

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(7) Verzicht auf unser ordentliches Kündigungsrecht

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht nach Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein, soweit das versicherte Krankentagegeld für die →versicherte Person nach den Absätzen 1 bis 6 erhöht worden ist.

(8) Erneutes Erhöhungsangebot nach Ihrer Ablehnung oder verspäteter Annahme

Wenn Sie unser Angebot auf Erhöhung des versicherten Krankentagegelds nicht oder nicht rechtzeitig annehmen, sind wir berechtigt, ein erneutes Erhöhungsangebot erst zu unterbreiten, nachdem gerechnet von unserem unmittelbar zurückliegenden Erhöhungsangebot ununterbrochene 36 Monate verstrichen sind. Auch in diesem Fall müssen die Voraussetzungen für ein Angebot nach Absatz 1 erfüllt sein.

2.5.2 Was gilt außerdem, wenn sich das Netto-Einkommen der versicherten Person erhöht?

Wenn sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne der →versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit erhöht, können Sie bei

uns unabhängig von Ziffer 2.5.1 eine Erhöhung des versicherten Krankentagegelds beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem gelten in diesem Fall nach Ziffer 1.1.3 Absatz 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein die Wartezeitenregelungen und wir können den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

2.6 Regelungen zum Netto-Einkommen (Grundsätze)

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.6.1 **Wie hoch darf das Krankentagegeld maximal sein (maximale Krankentagegeld-Leistung)?**
- 2.6.2 **Wie berechnet sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne?**

Für diesen Tarif gelten grundsätzlich nachfolgende Regelungen zum Netto-Einkommen.

Wenn die →versicherte Person aber arbeitslos ist und die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit erfüllt sind (siehe Ziffer 2.1.2 Absatz 1), gilt insoweit ausschließlich Ziffer 2.9. Wenn sich die versicherte Person in der Elternzeit befindet, gilt auch für das Netto-Einkommen Ziffer 2.8. Die Regelungen für eine Vertragsfortsetzung nach dem 67. Geburtstag befinden sich in Ziffer 2.10.2 und enthalten ebenfalls eine besondere Regelung zum Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne.

2.6.1 **Wie hoch darf das Krankentagegeld maximal sein (maximale Krankentagegeld-Leistung)?**

(1) Grundsatz

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und →Krankengeldern nicht höher sein als das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne, das die →versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet bezieht.

(2) Besonderheit bei Krankentagegeld in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten

Das Krankentagegeld für unsere Leistung in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld, Eltern-geld und sonstigen anderweitigen angemessenen Ersatzleistungen nicht höher sein als das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne, das die →versicherte Person auf den Kalendertag umgerechnet bezieht.

2.6.2 **Wie berechnet sich das Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne?**

(1) Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne

Als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne gilt das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Netto-Einkommen der →versicherten Person. Zusätzlich können Beiträge für

- ihre gesetzliche oder private Krankenversicherung,
- ihre soziale oder private Pflege-Pflichtversicherung und
- ihre gesetzliche Rentenversicherung oder ihr berufsständisches Versorgungswerk

bei der Berechnung des Netto-Einkommens im vertraglichen Sinne berücksichtigt werden. In diesem Fall gilt als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne das Netto-Einkommen der versicherten Person aus ihrer beruflichen Tätigkeit zuzüglich der Beiträge zu ihren Absicherungen nach Satz 2.

(2) Maßgebliche Zeiträume für die Berechnung des Netto-Einkommens im vertraglichen Sinne

a) 12monatiger Durchschnittsverdienst (Grundsatz)

Für die Berechnung des Netto-Einkommens im vertraglichen Sinne ist das durchschnittliche Nettoeinkommen im vertraglichen Sinne der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgeb-

lich. Der 12monatige Durchschnittsverdienst berechnet sich für unsere Leistung in gesetzlichen Mutterschutz-Zeiten aus dem durchschnittlichen Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne der letzten 12 Monate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG).

b) Erweiterter Zeitraum

Wenn Sie nicht den 12monatigen Durchschnittsverdienst nach Absatz a) nachweisen können, ist für die Berechnung

- das durchschnittliche Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne maßgeblich,
- das die →versicherte Person in den letzten beiden aufeinanderfolgenden Kalenderjahren vor dem 12-Monatszeitraum nach Absatz a) bezogen hat.

2.7 Besondere Regelung zur Beitragsanpassung

In welchen zusätzlichen Fällen werden der Beitrag und ein Risikozuschlag angepasst?

Eine Beitragsanpassung nach Ziffer 1.7.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erfolgt auch in den ersten 3 Versicherungsjahren, in denen wir zur ordentlichen Kündigung nach Ziffer 1.9.3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein berechtigt sind.

2.8 Besondere Regelungen für die Elternzeit

Wie kann der Vertrag geändert werden, wenn sich die versicherte Person in der Elternzeit befindet?

Wenn sich die →versicherte Person

- in Elternzeit befindet und
- weiterhin die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit erfüllt sind (siehe Ziffer 2.1.2 Absatz 1),

gelten ausschließlich folgende Regelungen zur maximalen Höhe des Krankentagegelds und zum Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne:

(1) Maximale Höhe des Krankentagegelds

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und →Krankengeldern nicht höher sein als das auf den Kalendertag umgerechnete Netto-Einkommen während der Elternzeit im vertraglichen Sinne.

(2) Netto-Einkommen während der Elternzeit

Während der Elternzeit gilt als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne:

- Der durchschnittliche Monatsverdienst der →versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit ab Beginn der Elternzeit.

(3) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags

Wir setzen das versicherte Krankentagegeld auf den sich aus den Absätzen 1 und 2 ergebenden Betrag herab und reduzieren den Beitrag, soweit dies durch die Herabsetzung notwendig ist. Die Vertragsanpassung erfolgt zum Beginn der Elternzeit.

(4) Ihr Recht auf Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung

Sie können von uns in folgenden Fällen verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Umwandlung dieses Tarifs für die →versicherte Person in eine →Anwartschaftsversicherung annehmen:

- Fortsetzung der Erwerbstätigkeit
Wenn die versicherte Person während der Elternzeit weiterhin teilweise beruflich tätig ist und wir den Vertrag nach Absatz 3 angepasst haben, können Sie die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung soweit verlangen, soweit das versicherte Krankentagegeld vor Beginn der Elternzeit höher war als nach der Vertragsanpassung. Sie müssen Ihren Antrag auf Umwandlung innerhalb von 2 Monaten stellen, nachdem die Vertragsanpassung wirksam geworden ist.
- Unterbrechung der Erwerbstätigkeit
Wenn die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit während der Elternzeit vollständig unterbricht, haben Sie nach Ziffer 1.10 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein ein Recht auf

Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung. Hierzu müssen Sie Ihren Antrag auf Umwandlung innerhalb von 2 Monaten stellen, nachdem die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit unterbrochen hat.

2.9 Besondere Regelungen bei vorübergehender Arbeitslosigkeit

Es gelten nachfolgende besondere Regelungen, wenn

- die →versicherte Person ihren selbstständigen Beruf als Angehörige eines freien Berufs oder als Berufstätige der gewerblichen Wirtschaft in einem stehenden Gewerbe mit jeweils regelmäßigen Einkünften ausgeübt hat,
- arbeitslos ist und die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 2.1.2 Absatz 1 erfüllt sind.

Die sonstigen Vertragsbestimmungen gelten unverändert, soweit nicht von ihnen ausdrücklich abgewichen wird.

Welche besonderen Regelungen gelten zur maximalen Höhe des Krankentagegelds und zum Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne?

Abweichend von Ziffer 2.6 gelten ausschließlich folgende Regelungen:

(1) Maximale Höhe des Krankentagegelds

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und →Krankengeldern nicht höher sein als das auf den Kalendertag umgerechnete Netto-Einkommen bei Arbeitslosigkeit im vertraglichen Sinne (siehe Absatz 2).

(2) Netto-Einkommen bei Arbeitslosigkeit

Während der Zeit der vorübergehenden Arbeitslosigkeit gilt als Netto-Einkommen im vertraglichen Sinne:

- Der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Unterbrechung der selbstständigen Berufsausübung als Angehörige eines freien Berufs oder als Berufstätige der gewerblichen Wirtschaft in einem stehenden Gewerbe.

(3) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags

Wir setzen das versicherte Krankentagegeld auf den sich aus den Absätzen 1 und 2 ergebenden Betrag herab und reduzieren den Beitrag, soweit dies durch die Herabsetzung notwendig ist. Die Vertragsanpassung erfolgt zum Beginn der Arbeitslosigkeit.

(4) Ihr Recht auf Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung

Sie können von uns verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Umwandlung dieses Tarifs für die →versicherte Person in eine →Anwartschaftsversicherung annehmen.

Dies setzt voraus, dass wir den Vertrag für die versicherte Person nach Absatz 3 anpassen. Sie können die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung aber nur soweit verlangen, soweit das versicherte Krankentagegeld vor Beginn der Arbeitslosigkeit höher war als nach der Vertragsanpassung nach Absatz 3.

Der Antrag auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss innerhalb von 2 Monaten gestellt werden, nachdem die Vertragsanpassung wirksam geworden ist.

2.10 Ergänzende Regelungen zur Fortsetzung des Tarifs

Folgende Regelungen ergänzen Ziffer 1.10 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein:

2.10.1 Welches Recht haben Sie, den Tarif fortzuführen, wenn die versicherte Person eine Altersrente bezieht und weiterhin selbstständig erwerbstätig ist?

Wenn die →versicherte Person selbstständig erwerbstätig ist und der Tarif mit Bezug von Altersrente endet (siehe Ziffer 1.9.4 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein), gilt Folgendes:

(1) Fortsetzungsrecht (Grundsatz)

Wenn die →versicherte Person auch nach dem Bezug der Altersrente ihren selbstständigen Beruf im bisherigen Umfang als Angehörige eines freien Berufs oder als Berufstätige der gewerblichen Wirtschaft in einem stehenden Gewerbe mit jeweils regelmäßigen Einkünften ausübt, können Sie für sie die Fortsetzung des Tarifs verlangen.

Sie müssen hierzu den Antrag auf Fortsetzung spätestens innerhalb von 2 Monaten stellen, nachdem die versicherte Person erstmals eine Altersrente bezieht.

(2) Besonderheiten nach dem 67. Geburtstag

- Wenn die →versicherte Person 67 Jahre alt ist und danach erstmals ihre Altersrente bezieht, endet der Tarif nach Ziffer 1.9.4 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.
- Wenn der Tarif für die versicherte Person nach Absatz 1 fortgesetzt worden ist und sie danach 67 Jahre alt wird, endet der Tarif ebenfalls für sie nach Ziffer 1.9.4 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

In beiden Fällen besteht ein Fortsetzungsrecht ausschließlich nach Ziffer 1.10 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein und Ziffer 2.10.2.

2.10.2 Welche besonderen Regelungen gelten für eine Fortsetzung des Tarifs, nachdem die versicherte Person 67 Jahre alt geworden ist?

(1) Fortführungsmöglichkeit bis zum 75. Geburtstag

Wenn die →versicherte Person 67 Jahre alt geworden ist und weiterhin ihren selbstständigen Beruf als Angehörige eines freien Berufs oder als Berufstätige der gewerblichen Wirtschaft in einem stehenden Gewerbe mit jeweils regelmäßigen Einkünften ausübt, kann sie diesen Tarif gemäß Ziffer 1.10 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein bis zum 75. Geburtstag zu den Bedingungen der Absätze 2 und 3 fortführen.

(2) Tagessatzhöhe

Es gelten die bisherige →Karenzzeit und der bisherige Tagessatz, jedoch nicht mehr als insgesamt 50 Euro.

Die Begrenzung des Tagessatzes auf 50 Euro gilt nicht, wenn uns die →versicherte Person durch Bescheinigung des Steuerberaters nachweist, dass sie

- in den letzten 12 Monaten vor ihrem 67. Geburtstag
- ein höheres durchschnittliches Netto-Einkommen (Gewinneinkünfte aus selbstständiger Berufstätigkeit, jeweils abzüglich Steuern)

hatte. Die versicherte Person muss uns diesen Nachweis innerhalb von 2 Monaten nach ihrem 67. Geburtstag erbringen.

(3) Leistungshöchstdauer

Abweichend von Ziffer 2.2.4 beträgt unsere Leistungshöchstdauer 52 Wochen je Krankheit, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen unter Anrechnung des bisher gezahlten Krankentagegelds.