

Ergänzende Vereinbarung Nr. 1
- Fortführung zu Einzelgeschäftsbedingungen / Mitarbeiter -
zur Gruppenversicherung Rahmen Nr. 50500000
für die Krankheitskostenzusatzversicherung
FlexMed Tagegeld



In Ergänzung zur Gruppenversicherung wird Folgendes vereinbart:

1. Die in § 1 Absatz 1 der Gruppenversicherung bezeichneten Personen haben bei Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis, soweit zu diesem Zeitpunkt für diese Versicherungsschutz im Rahmen der Gruppenversicherung besteht und sie ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben, das Recht, diesen Versicherungsschutz unmittelbar anschließend als Zusatzversicherung nach den in § 2 Absatz 1 der Gruppenversicherung genannten Tarifen zu Einzelgeschäftsbedingungen abzuschließen.
2. Die Zusatzversicherung kann nicht auf einzelne oder einen Teil der in § 2 Absatz 1 der Gruppenversicherung genannten Tarife beschränkt werden.

Soweit die versicherte Person nachweist, dass sie eine parallel zur Gruppenversicherung bestehende Krankenzusatzversicherung zur Vermeidung einer Doppelversicherung ruhend gestellt und diese mit Ausscheiden aus der Gruppenversicherung wieder in Kraft gesetzt hat, kann diese vom Versicherer verlangen, dass der Tarif mit entsprechenden Leistungen der Gruppenversicherung nicht in der Einzelversicherung fortgeführt wird.

Köln, Mai 2022

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen zur Gruppenversicherung**Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax-Nr: 0221/148 – 44 62 453

E-Mail: BKV-Antrag@axa.de

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie
		1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie
		1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie
		1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Einhaltung Finanz- und Wirtschaftsembargovorschriften

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland (Sanktionsvorschriften) entgegenstehen.

Der Versicherungsnehmer (VN) gewährleistet, dass er bei der Erfüllung des Vertrages keine Geschäfte in oder mit einem sanktionierten Land bzw. mit einer sanktionierten natürlichen oder juristischen Person betreibt. Erlangt der VN trotz allem Kenntnis von einem Verstoß gegen Sanktionsvorschriften, hat er AXA unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

Begründet der Beitritt einer versicherten Person (VP) zu diesem Gruppenversicherungsvertrag einen Verstoß gegen Sanktionsvorschriften, besteht in diesem Fall kein Versicherungsschutz für die VP. In Ergänzung der allgemeinen Regelungen des Gruppenversicherungsvertrages steht AXA jedoch das Recht zu, den Gruppenversicherungsvertrag aus wichtigem Grund außerordentlich fristlos zu beenden. Die gesamte Vertragsbeziehung ist gemäß den Regelungen des Gruppenversicherungsvertrages abzuwickeln, soweit dies nicht einen Verstoß gegen Sanktionsvorschriften begründet. Daneben behält sich AXA das Recht vor, Schadenersatz geltend zu machen.

Die Geltendmachung von Schadenersatz wegen der außerordentlichen Beendigung dieses Vertrages ist für diejenige Partei unzulässig, der der jeweilige Verstoß zuzurechnen ist.

Vertragsinformation zur privaten Krankenversicherung nach Tarif FlexMed in der Gruppenversicherung

1. Ihr Vertragspartner

AXA Krankenversicherung AG
Sitz: Köln
Handelsregister Köln
Registernummer: HR B Nr. 1012
USt.-Ident-Nr. DE 122786679
Versicherungssteuernr. 9116/810/03020

2. Zuständiger Versicherungsvermittler

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Ladungsfähige Anschrift Ihres Vertragspartners und dessen gesetzliche Vertreter

AXA Krankenversicherung AG
Colonia Allee 10-20
D – 51067 Köln

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender;
Irina Buchmann, Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Beate Heinisch.

4. Hauptgeschäftstätigkeit Ihres Vertragspartners

Unser Unternehmen betreibt ausschließlich die Kranken- und Pflegeversicherung.

5. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 221, 224 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Telefon: 0221 9987-0
Telefax: 0221 9987-3950

6. Rechtliche Grundlagen für Ihren Versicherungsvertrag sowie dessen wesentliche Merkmale

Inhalt und Umfang der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil I und II) sowie der Gruppenversicherung. Im Anhang zu den AVB-Teil I finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen.

Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Prämie

Die zu zahlende Prämie entnehmen Sie bitte der Beitragstabelle zu Ihrer Gruppenversicherung.

8. Zusätzlich anfallende Kosten

Zusätzliche Kosten oder Gebühren sind nicht vertraglich vereinbart.

9. Prämienzahlung

Die Prämie ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden

Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

10. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen ist nicht befristet.

11. Vertragsschluss

Der Versicherungsvertrag kommt mit Unterzeichnung der Gruppenversicherung zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt mit Inkrafttreten der Gruppenversicherung, jedoch nicht vor dem 1. des auf die Anmeldung der versicherten Person folgenden Monats (§ 4 der Gruppenversicherung).

12. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der vollständigen Vertragsunterlagen widerrufen. Der Widerruf ist an den Versicherer zu richten (Siehe Ziffer 3). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung.

13. Laufzeit des Vertrages

Der Vertrag wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, soweit er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Vertragslaufzeit gekündigt wird.

14. Beendigung des Vertrages

Die Angaben zur Beendigung des Vertrages und zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem 3. Abschnitt Schlussvorschriften der Gruppenversicherung.

15. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.
Den Gerichtsstand entnehmen Sie bitte § 18 AVB, Teil I.

16. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden in deutscher Sprache erteilt.

17. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, stehen Ihnen neben dem Vorstand der AXA Krankenversicherung AG außergerichtlich folgende Stellen zur Verfügung:

- a) Versicherungsombudsmann:
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung,
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de
- b) Aufsichtsbehörde:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
Internet: www.bafin.de
- c) Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Datenschutzerklärung

Die AXA Krankenversicherung AG verpflichtet sich, den Schutz personenbezogener Daten, die im Rahmen ihrer Geschäftstätigkeit erhoben werden, zu wahren und die geltenden Gesetze und Vorschriften (z.B. EU-Datenschutzverordnung – EU-DSGVO) über die Verarbeitung personenbezogener und sensibler personenbezogener Daten einzuhalten.

In unserer folgenden Datenschutzerklärung im Rahmen Ihrer betrieblichen Krankenversicherung erfahren Sie, welche personenbezogenen Daten wir erheben, warum wir sie erheben und was wir damit tun. Es bestätigt auch, welche Rechte Sie an Ihren Daten haben. Eine Einwilligungserklärung ist erforderlich, um die Leistungsbearbeitung durchführen zu können. Diese gilt auch für die Datenverarbeitung durch unsere Dienstleister. Mit welchen Dienstleistern wir zusammenarbeiten, können Sie der [Dienstleisterliste](#) entnehmen.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AXA Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Der Versicherungsnehmer wird diese Informationen an weitere Beteiligte des Vertrages (z. Bsp. an die versicherten Personen, den abweichenden Beitragszahler, Bevollmächtigte, abweichende Leistungsempfänger etc.) weitergeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

AXA Krankenversicherung AG
bKV-Betrieb
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Telefon: 0221 148 33922
E-Mail: bkv-betrieb@axa.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter:

AXA Krankenversicherung AG
Kunden-, Partner- und Prozess-Service
Datenschutzbeauftragter
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
oder per E-Mail unter Datenschutz@axa.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und (sofern innerhalb des Vertrages eine Risikoprüfung vereinbart wurde) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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

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

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

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Tests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich),
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des AXA Konzerns insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

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

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf unserer Webseite (www.axa.de/Datenschutz) zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

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

Externe Auftragnehmer und Dienstleister:

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

Weitere Empfänger:

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

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

Beschwerderecht

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

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2 – 4
40213 Düsseldorf

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften, EU-Standardvertragsklauseln oder EU-US Privacy Shield) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Stand: 1/2020

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

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an:

AXA Krankenversicherung AG
Betriebliche Krankenversicherung
50592 Köln
Fax 0221 148 4462453
E-Mail: BKV-Antrag@axa.de

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die AXA Krankenversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Krankenversicherung AG. (unter 3.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

Die AXA Krankenversicherung AG wird Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch die AXA Krankenversicherung AG einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die AXA Krankenversicherung AG einwilligen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die AXA Krankenversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der ggf. durchgeführten Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigten des Vertrages einfordern.

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

Die AXA Krankenversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person = Mitarbeiter/in
– ggf. gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel



Übersicht der Dienstleister im AXA Konzern

Stand 19.03.2024

Gesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten teilnehmen

- AXA Customer Care GmbH - AXA easy Versicherung AG - AXA Direktberatung GmbH - AXA Konzern AG - AXA Krankenversicherung AG - AXA Lebensversicherung AG	- AXA Versicherung AG - AXA Services & Direct Solutions GmbH - Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG - Deutsche Ärzteversicherung AG - E.C.A. LEUE GmbH + Co.KG	- Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung - Pro bAV Pensionskasse AG - ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG - winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
--	--	---

Dienstleister deren Hauptgegenstand des Auftrags die Datenverarbeitung ist (Einzelnennung)

Im Folgenden sind alle auftraggebenden Gesellschaften mit ihren Dienstleistern aufgeführt.

Alle Konzerngesellschaften

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Customer Care GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung
AXA Group Operations Germany GmbH	Betrieb des Rechenzentrums
AXA Group Operations SAS	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen
AXA Konzern AG	Bearbeitung von Anträgen, Verträgen, Leistungen und Regressen Betreuung der Vermittler
AXA Logistik & Service GmbH	Bearbeitung von Post, Anträgen, Verträgen und Leistungen
AXA Services & Direct Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung/Bearbeitung von Vorgängen
GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern
GIE AXA	Hosting, Datenselektionen
unternehmen online GmbH & Co.KG	Betrieb von Online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)

AXA Krankenversicherung AG (inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung)

Dienstleister	Gegenstand
IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten
MD Medicus Holding GmbH	Telefonischer Kundendienst Ausland, Bearbeitung von Leistungen aus Auslandsreisekrankenversicherungen
ROLAND Assistance GmbH, Medical Contact AG, Sanvartis GmbH	Diseasemanagement
HMM Deutschland GmbH	Prüfung von Leistungen
ViaMed GmbH	Prüfung von Leistungen

AXA Lebensversicherung AG (inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung)

Dienstleister	Gegenstand
Actineo GmbH	Anforderung medizinischer Auskünfte
Fondsdepot Bank GmbH	Depotverwaltung für Fondspolizen
SP Consult AG	Bearbeitung von Anträgen und Leistungen, Verwaltung von Beständen



AXA Versicherung AG (inkl. ZN DBV Deutsche Beamtenversicherung) / AXA easy Versicherung AG

Dienstleister	Gegenstand
Actineo GmbH	Telefonischer Kundendienst
April Deutschland AG	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Diseasemanagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Inhaber:innen von Kreditkarten, Verwaltung von Beständen, Bearbeitung von Leistungen für KFZ-Versicherungen von Mietwagen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden
Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbriefleistungen
ROLAND Assistance GmbH	Schutzbriefleistungen
Versicherungsforen medi-part GmbH	Bearbeitung von Leistungen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und/oder die Dienstleistung durch viele verschiedene Dienstleister erfolgt

Alle Konzerngesellschaften

Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Adressermittler	Prüfung von Adressen
Aktenlager	Lagerung von Akten
Assekuradeure	Assekuradeurdienstleistungen
Assisteure	Assistanceleistungen
Ermittler	Betrugsabwehr
Entsorgungsunternehmen	Beseitigung von Abfällen
Gutachter/med. Experten/Berater	Prüfung von Anträgen, Leistungen, Regressen, Beratung
Inkassounternehmen/ Auskunfteien	Bearbeitung von Forderungen, Existenznachweis
IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung von Systemen/Anwendungen/Onlineservices
Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung, Analysen der Kundenzufriedenheit (eKomi Holding GmbH)
Rechtsanwaltskanzleien	Einzug von Forderungen, Rechtsstreitigkeiten, Beschaffung von Ermittlungsakten, sonstige Rechtsdienstleistungen
Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement
Reparatur- und Sanierungsbetriebe, Schadendienstleister, Autovermieter	Reparatur von Sachschäden und begleitende Dienstleistungen
Routenplaner	Schadenbearbeitung/Terminplanung
Rückversicherer	Monitoring
Service-Gesellschaften	Bearbeitung von Leistungen und Beständen im Massengeschäft (techn. Versicherungen)
Telefonischer Kundendienst	Temporärer Kundendienst in besonderen Geschäftsprozessen, Kundenbetreuung
Vermittler	Bearbeitung von Anträgen, Leistungen und Schäden, Beratung

AXA Krankenversicherung AG

Dienstleisterkategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Heil-/Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln

Eine aktuelle Version dieser Übersicht der Dienstleister finden Sie im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz.

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie sich mit einem Widerspruch an uns wenden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung FlexMed (AVB Teil I) Teil I Grundbedingungen FlexMed Krankentagegeld 2010, §§ 1 - 20

Stand: 09.17

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

(2) Besondere Bedingungen: Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn

- a) das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist, oder
- b) der Wohnsitz oder Arbeitsplatz außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers liegt.

(3) Versicherungsfähigkeit: Versicherungsfähig sind aufnahmefähige Personen, die selbständig einen Beruf ausüben und deshalb Einkommensteuererklärungen abgeben. Personen, die in einem ständigen festen Dienst- oder Arbeitsverhältnis gegen Entgelt stehen (Arbeitnehmer), sind nur versicherungsfähig nach Tarifen mit mindestens 42 Karenztage – leistungsfreie Tage – seit Beginn einer Arbeitsunfähigkeit. Personen in einem Zeitarbeitsverhältnis sind nicht versicherungsfähig.

Die tariflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bleiben hiervon unberührt.

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

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

(6) Leistungsvoraussetzungen, Teil-Arbeitsunfähigkeit

- a) Krankentagegeld wird für die nach Ablauf der Karenzzeit noch bestehende Dauer einer Arbeitsunfähigkeit gezahlt, in der die versicherte Person nach medizinischem Befund völlig arbeitsunfähig ist und keinerlei, auch nicht teilweiser Erwerbstätigkeit nachgeht.
- b) Der Versicherer leistet auch anteilig bei Teil-Arbeitsunfähigkeit. Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor,
 - wenn im unmittelbaren Anschluss an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. Abs. 5 die berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund wieder teilweise aufgenommen wird bzw. werden kann und
 - solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50% beträgt.
- c) Bei einer Teil-Arbeitsunfähigkeit wird höchstens für 6 Wochen geleistet. Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem

ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.

(7) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen Teil I und II FlexMed Krankentagegeld 2010) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(8) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(9) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(10) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

(11) Für Arbeitnehmer wird der in Abs. 8 auf Deutschland beschränkte Geltungsbereich auf das europäische Ausland ausgedehnt.

(12) Die in Abs. 9 für das europäische Ausland bei stationärer Behandlung vorgesehene Leistung wird weltweit für alle versicherten Personen gezahlt.

(13) Soweit der Versicherungsschutz uneingeschränkt auf Europa ausgedehnt ist, entfällt die Beschränkung nach § 5 Abs. (1) e auf den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Als gewöhnlicher Aufenthalt gilt dann der in einem europäischen Land.

§1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes in der ab dem 1.1.2018 gültigen Fassung sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist.

Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 20 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für

Anlage E

den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes in der ab dem 1.1.2018 gültigen Fassung.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes in der ab dem 1.1.2018 gültigen Fassung und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 2a Versicherungsdauer

Das Versicherungsverhältnis wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, soweit es nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der Vertragslaufzeit gekündigt wird.

§ 3 Wartezeiten

Es sind mit Ausnahme von § 1a Abs. 5 keine Wartezeiten vereinbart, es sei denn der Tarif sieht etwas anderes vor.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Leistungsdauer

a) Das versicherte Krankentagegeld wird von dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt – Ablauf der leistungsfreien Tage (Karenzzeit) – an gezahlt, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.

b) Bei Arbeitnehmern werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen, die der Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgelts zusammenrechnen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammen gerechnet.

c) Eine Anrechnung ist nicht möglich, wenn das Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherer festgestellt wurde, oder, wenn eine Teil-Arbeitsunfähigkeit vorausging.

(3) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

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

(5) Eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber soll dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

(6) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten

ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

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

(8) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(9) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweise der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(10) 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.

(11) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs.10 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen solcher Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, Des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat;

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

Leistungspflicht besteht außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen, wenn vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die

Anlage E

Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 10 und 11). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

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

(3) Bei Inanspruchnahme einer gemischten Anstalt besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld nur, soweit die Voraussetzungen des § 4 Abs. 11 erfüllt sind.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Fällige Krankentagegelder werden nachträglich für die nachgewiesene Dauer ausbezahlt.

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

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

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

Dies gilt nicht für Überweisungen auf ein inländisches Konto.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 15 bis 17).

Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 16 Abs. 1 oder kündigt eine der Vertragsparteien den Gruppen(-rahmen)-vertrag, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 17 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

punkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

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

(3) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt oder auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(4) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 9 Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), jedoch nicht nach Art der Lebensversicherung.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.

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

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

§ 10 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufiger Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 7 Vohundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

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

§ 11 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe

Anlage E

des § 12 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen auf den von ihm zur Verfügung gestellten Vordrucken – mindestens aber in 14-tägigen Abständen – nachzuweisen.

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

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

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

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 11 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehender Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 13 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 17 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 14 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 15 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Das Recht zur Kündigung des Gruppen (-rahmen) vertrages bleibt hiervon unberührt.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 20 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 6 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 16 Kündigung durch den Versicherer

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

Das Recht zur Kündigung des Gruppen (-rahmen) vertrages bleibt hiervon unberührt.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird.

§ 17 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

Anlage E

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit.

- Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bei Unfähigkeit des Versicherten, mehr als vier Stunden kalendertäglich erwerbstätig zu sein, bezieht. Die Differenz zwischen der Rentenzahlung und dem vertraglich vereinbarten Tagegeld wird für längstens 3 Monate nach Beginn der Rentenzahlung ausbezahlt, sofern nicht bereits wegen festgestellter Berufsunfähigkeit die 3-monatige Nachleistung in Anspruch genommen wurde. Rentenzahlungen, die die versicherte Person - ohne dass der Zustand der Berufsunfähigkeit festgestellt wäre – lediglich aufgrund der Vermutung erhält, dass bei 6-monatigem Zustand ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit mit einer Besserung des Gesundheitszustandes nicht zu rechnen ist (fingierte Berufsunfähigkeit), werden nicht angerechnet. Wegen Bezuges einer solchen Rente aufgrund lediglich fingierter Berufsunfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nicht.

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird.

Bei einer Beendigung auf Grund Vollendung des 65. Lebensjahres hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 10 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits- Erwerbsminderungsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs der Erwerbsminderungsrente bzw. Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet

ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das ursprüngliche Versicherungsverhältnis tritt auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem der Versicherungsnehmer die o. g. Ereignisse nachweist.

Sonstige Bestimmungen

§ 18 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 19 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 20 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Gültig ab 09.2017

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

§ 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 voraus sichtlich 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 nur 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang bei Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. 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) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginn-

Anlage E

nenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

FlexMed Tagegeld Krankentagegeld	
Teil II : Krankentagegeld	
Tarif	FlexMed Tagegeld
A. Leistungen des Versicherers Vereinbartes Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit	Der Anspruch auf ein Krankentagegeld in Höhe von Betrag 10,- Euro beginnt nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird bis zum Ende einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, jedoch längstens bis zur 78. Woche seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gezahlt.
B. Beiträge	Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.
C. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen (-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung sind. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht. Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.
D. Versicherbares Krankentagegeld	Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar. Als regelmäßiges Bruttoentgelt gilt das Entgelt, das zur Beurteilung des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V herangezogen werden könnte, zuzüglich der Beiträge zur Betrieblichen Altersvorsorge im Sinne des BetrAVG, jedoch mit Ausnahme von Einkünften aus Nebentätigkeiten. Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar. Von dem versicherbaren Nettoeinkommen werden 1. bei Mitgliedern einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse deren Krankengeldanspruches gegen diese abgezogen 2. bei Versicherten einer privaten Krankenversicherung der Höchstsatz des Krankengeldanspruches in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (§ 47 SGB V) abgezogen.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung FlexMed (AVB Teil I), gültig ab 09.2017.

Gültig ab 09.2017

Wichtige Informationen

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- Z.B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- Z.B. für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens am 49. Tag vorliegen. Ein Anruf (02 21 – 148 23009) oder Telefax (02 21 – 148 36280) genügt. Sie können die Meldung auch schriftlich an uns - AXA Krankenversicherung AG, BKV-SG, 50592 Köln – senden.
Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.

Anlage F

Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgegeben werden. Beachten Sie hierbei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einmal den Termin nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.

- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.
Ausnahme: Sollen Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig sein, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber

sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z.B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen

FlexMed Tagegeld Krankentagegeld	
Teil II : Krankentagegeld	
Tarif	FlexMed Tagegeld
A. Leistungen des Versicherers Vereinbartes Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit	Der Anspruch auf ein Krankentagegeld in Höhe von Betrag 15,- Euro beginnt nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird bis zum Ende einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, jedoch längstens bis zur 78. Woche seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gezahlt.
B. Beiträge	Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.
C. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen (-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung sind. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht. Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.
D. Versicherbares Krankentagegeld	Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar. Als regelmäßiges Bruttoentgelt gilt das Entgelt, das zur Beurteilung des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V herangezogen werden könnte, zuzüglich der Beiträge zur Betrieblichen Altersvorsorge im Sinne des BetrAVG, jedoch mit Ausnahme von Einkünften aus Nebentätigkeiten. Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar. Von dem versicherbaren Nettoeinkommen werden 1. bei Mitgliedern einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse deren Krankengeldanspruches gegen diese abgezogen 2. bei Versicherten einer privaten Krankenversicherung der Höchstsatz des Krankengeldanspruches in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (§ 47 SGB V) abgezogen.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung FlexMed (AVB Teil I), gültig ab 09.2017.

Gültig ab 09.2017

Wichtige Informationen

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- Z.B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- Z.B. für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens am 49. Tag vorliegen. Ein Anruf (02 21 – 148 23009) oder Telefax (02 21 – 148 36280) genügt. Sie können die Meldung auch schriftlich an uns - AXA Krankenversicherung AG, BKKV-SG, 50592 Köln – senden. Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.

Anlage F

Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgegeben werden. Beachten Sie hierbei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einmal den Termin nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.

- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.
Ausnahme: Sollen Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig sein, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber

sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z.B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen

FlexMed Tagegeld Krankentagegeld	
Teil II : Krankentagegeld	
Tarif	FlexMed Tagegeld
A. Leistungen des Versicherers Vereinbartes Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit	Der Anspruch auf ein Krankentagegeld in Höhe von Betrag 20,- Euro beginnt nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird bis zum Ende einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, jedoch längstens bis zur 78. Woche seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gezahlt.
B. Beiträge	Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.
C. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen (-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung sind. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht. Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.
D. Versicherbares Krankentagegeld	Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar. Als regelmäßiges Bruttoentgelt gilt das Entgelt, das zur Beurteilung des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V herangezogen werden könnte, zuzüglich der Beiträge zur Betrieblichen Altersvorsorge im Sinne des BetrAVG, jedoch mit Ausnahme von Einkünften aus Nebentätigkeiten. Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar. Von dem versicherbaren Nettoeinkommen werden 1. bei Mitgliedern einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse deren Krankengeldanspruches gegen diese abgezogen 2. bei Versicherten einer privaten Krankenversicherung der Höchstsatz des Krankengeldanspruches in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (§ 47 SGB V) abgezogen.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung FlexMed (AVB Teil I), gültig ab 09.2017.

Gültig ab 09.2017

Wichtige Informationen

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- Z.B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- Z.B. für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens am 49. Tag vorliegen. Ein Anruf (02 21 – 148 23009) oder Telefax (02 21 – 148 36280) genügt. Sie können die Meldung auch schriftlich an uns - AXA Krankenversicherung AG, BKV-SG, 50592 Köln – senden. Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.

Anlage F

Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgegeben werden. Beachten Sie hierbei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einmal den Termin nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.

- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.
Ausnahme: Sollen Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig sein, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber

sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z.B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen

FlexMed Tagegeld Krankentagegeld	
Teil II : Krankentagegeld	
Tarif	FlexMed Tagegeld
A. Leistungen des Versicherers Vereinbartes Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit	Der Anspruch auf ein Krankentagegeld in Höhe von Betrag 25,- Euro beginnt nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird bis zum Ende einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, jedoch längstens bis zur 78. Woche seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gezahlt.
B. Beiträge	Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.
C. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen (-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung sind. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht. Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.
D. Versicherbares Krankentagegeld	Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar. Als regelmäßiges Bruttoentgelt gilt das Entgelt, das zur Beurteilung des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V herangezogen werden könnte, zuzüglich der Beiträge zur Betrieblichen Altersvorsorge im Sinne des BetrAVG, jedoch mit Ausnahme von Einkünften aus Nebentätigkeiten. Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar. Von dem versicherbaren Nettoeinkommen werden 1. bei Mitgliedern einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse deren Krankengeldanspruches gegen diese abgezogen 2. bei Versicherten einer privaten Krankenversicherung der Höchstsatz des Krankengeldanspruches in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (§ 47 SGB V) abgezogen.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung FlexMed (AVB Teil I), gültig ab 09.2017.

Gültig ab 09.2017

Wichtige Informationen

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- Z.B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- Z.B. für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens am 49. Tag vorliegen. Ein Anruf (02 21 – 148 23009) oder Telefax (02 21 – 148 36280) genügt. Sie können die Meldung auch schriftlich an uns - AXA Krankenversicherung AG, BKV-SG, 50592 Köln – senden. Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.

Anlage F

Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgegeben werden. Beachten Sie hierbei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einmal den Termin nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.

- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.
Ausnahme: Sollen Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig sein, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber

sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z.B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen

FlexMed Tagegeld Krankentagegeld	
Teil II : Krankentagegeld	
Tarif	FlexMed Tagegeld
A. Leistungen des Versicherers Vereinbartes Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit	Der Anspruch auf ein Krankentagegeld in Höhe von Betrag 30,- Euro beginnt nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird bis zum Ende einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, jedoch längstens bis zur 78. Woche seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gezahlt.
B. Beiträge	Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.
C. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen (-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung sind. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht. Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.
D. Versicherbares Krankentagegeld	Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar. Als regelmäßiges Bruttoentgelt gilt das Entgelt, das zur Beurteilung des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V herangezogen werden könnte, zuzüglich der Beiträge zur Betrieblichen Altersvorsorge im Sinne des BetrAVG, jedoch mit Ausnahme von Einkünften aus Nebentätigkeiten. Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar. Von dem versicherbaren Nettoeinkommen werden 1. bei Mitgliedern einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse deren Krankengeldanspruches gegen diese abgezogen 2. bei Versicherten einer privaten Krankenversicherung der Höchstsatz des Krankengeldanspruches in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (§ 47 SGB V) abgezogen.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung FlexMed (AVB Teil I), gültig ab 09.2017.

Gültig ab 09.2017

Wichtige Informationen

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- Z.B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- Z.B. für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens am 49. Tag vorliegen. Ein Anruf (02 21 – 148 23009) oder Telefax (02 21 – 148 36280) genügt. Sie können die Meldung auch schriftlich an uns - AXA Krankenversicherung AG, BKV-SG, 50592 Köln – senden. Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.

Anlage F

Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgegeben werden. Beachten Sie hierbei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einmal den Termin nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.

- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.
Ausnahme: Sollen Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig sein, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber

sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z.B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen

Anlage G
zur Gruppenversicherung 50500000

Beitragstabelle für FlexMed Tagegeld



Monatliche Beiträge für Mitarbeiter in Euro:

Zu versichernder Tarif*	mtl. Beitrag in Euro
FlexMed Tagegeld 10	5,50
FlexMed Tagegeld 15	8,25
FlexMed Tagegeld 20	11,00
FlexMed Tagegeld 25	13,75
FlexMed Tagegeld 30	16,50

*Eine Kombination der Tarife ist nicht möglich.

Köln, Mai 2022