

Kundeninformation

**Wichtige Unterlagen zu Ihrer
Gothaer Krankenversicherung**

Nachfolgend informieren wir Sie über die **Änderungen** der **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung** (Seite 1-5) **sowie für die Krankentagegeldversicherung** (Seite 6-9).

Zur besseren Übersicht sind nur die Textabschnitte der Versicherungsbedingungen aufgeführt, die sich ändern. AVB-Texte, die entfallen, sind durchgestrichen. AVB-Texte, die neu hinzukommen, sind unterstrichen.

Für welche Tarife/Tarifwerke die Änderungen gelten, haben wir jeweils aufgelistet.

Private Pflegepflichtversicherung

Wichtiger Hinweis

Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die **private Pflegepflichtversicherung** ergeben sich aufgrund des Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III), das am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist.

Das PSG III sieht unter anderem die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vor, z. B. auf dem Gebiet der Beratung der Pflegebedürftigen und Angehörigen durch kommunale Beratungsstellen. So können beispielsweise die Beratungen nach § 4 Abs. 4 MB/PPV 2017 nun auch durch Beratungspersonen kommunaler Beratungsstellen erfolgen. Die im Tarif genannten Beträge werden erstattet, wenn die Beratungsstelle die Beratung abrechnen darf.

Des Weiteren ist z. B. in Teil IV (Überleitungsregelungen) der AVB für die private Pflegepflichtversicherung § 3 "Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege" angepasst worden; § 6 "Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017" ist hinzugekommen.

Der in § 6 Abs. 2a MB/PPV 2017 geänderte Zeitraum beruht auf dem Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze.

Außerdem waren redaktionelle Anpassungen, z. B. von Gesetzesverweisen im AVB-Text aufgrund von Änderungen in diesen Gesetzen, erforderlich.

Darüber hinaus ist das Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung zum Oktober 2016 aktualisiert worden.

Die Änderungen werden bereits in der Vertrags- und Leistungspraxis berücksichtigt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Gilt für Tarif PVN, PVB.

I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2017)

Der Versicherungsschutz

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

4. Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
- a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,
 - b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch (...) abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. (...)

- 7a. Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn

(...)

2. sie Leistungen nach Absatz 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzung nicht erfüllen,

(...)

D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

11. Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, ~~wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt~~. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. (...)

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

2. Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 haben. Pflegegeld (...); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen ~~§ 66 Abs. 4 Satz 2 § 63b Abs. 6 Satz 1~~ Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - (...) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
- b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus (...). Pflegegeld (...); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen ~~§ 66 Abs. 4 Satz 2 § 63b Abs. 6 Satz 1~~ SGB XII (...) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

(...)

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

2. Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, (...) sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und

Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Antrag ~~Leistungsantrag auf Leistungsgewährung~~, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. (...) Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder ~~die Leistungsgewährung~~ einstellen. (...)

- 2a. Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Satz 5 genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Die Sätze 1 und 2 finden vom ~~1. Januar 2017~~ 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung. (...)

Ende der Versicherung

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. (...) Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu. (...)

III. Tarifbedingungen

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2017) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen des Versicherers

7.

Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

- 7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal
- für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe (...),
 - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe (...),
 - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe (...),
 - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe (...)

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz ~~2~~ 3 Halbsatz 2) die Aufwendungen gemäß ~~Nr. 7.1 Sätze Satz 1 und 5~~ mit einem Betrag in Höhe von zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (...) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. (...)

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.5 ~~Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden für~~ Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ~~werden~~ pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125 Euro je Kalendermonat erstattet.

Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß (...) oder
- d) der nach Landesrecht (...)

werden bis zu 125 Euro monatlich erstattet. ~~Werden die Beträge~~ Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, ~~können die nicht verbrauchten Beträge~~ kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

1. Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen monatlichen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2017 i. V. m. Nr. 7 des Tarifs PV 2017 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. Der monatliche Zuschlagsbetrag sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe wird dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) schriftlich mitgeteilt. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
2. Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 MB/PPV 2015 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Leistungen der vollstationären Pflege nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2017 in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen, ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte. Absatz 1 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.
3. Wechseln versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 und 2 zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten versicherte Personen mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 1 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 1 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

4. Erhöht sich für versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 bis 3 der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 1 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für versicherte Personen, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 2 gewesen wäre.

5. Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Tarif Nr. 7.1 Satz 3 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 6
Verlängerung des
Anspruchs für noch nicht
abgerufene Mittel nach § 4
Abs. 16 MB/PPV 2017

Soweit versicherte Personen im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 erfüllen, können sie die Leistungsbeträge, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für solche Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 genutzt werden, die von den versicherten Personen in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 in Anspruch genommen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung
Stand: 07.2015 10.2016

5.	(...)	HMV-Nummer
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Hilfsmittel*:	
5.4	Saugende Inkontinenzvorlagen	
-	Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1	45.25.04.0004-0999 <u>15.25.30.0001-0999</u>
-	Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	45.25.04.1000-1999 <u>15.25.30.1000-1999</u>
-	Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3	45.25.04.2000-2999 <u>15.25.30.2000-2999</u>
-	Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2 normale Saugleistung	45.25.04.3000-4999 <u>15.25.30.3000-3999</u>
-	Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung	<u>15.25.30.4000-4999</u>
-	Vorlagen für Urininkontinenz	45.25.04.5000-5999 <u>15.25.30.5000-5999</u>
	(...)	
5.6	Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)	
-	Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3 Inkontinenzwindelhosen/ Inkontinenzunterhosen	45.25.03.0004-2999 <u>15.25.31.0001-8999</u>
	(...)	

Krankentagegeldversicherung

Wichtiger Hinweis

Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die **Krankentagegeldversicherung** ergeben sich aufgrund des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG), das am 11. April 2017 in Kraft getreten ist.

Krankentagegeld-Versicherte haben seither einen Anspruch auf Krankentagegeld zur Absicherung des Verdienstauffalls während der Mutterschutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz, in der Regel 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung, wenn sie in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig sind. Anderweitige Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufall werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

Die Änderungen werden bereits in der Vertrags- und Leistungspraxis berücksichtigt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

Gilt für Tarif KSET*, KVET*, MTG, SG, TG.

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)*

Teil II Tarifbedingungen*

*Die Änderungen gelten gleichfalls für die MB/KT 2009 Version C.

Der Versicherungsschutz

§ 1a **Krankentagegeld während** **der Mutterschutzfristen und** **am Entbindungstag**

1. Versicherungsfall ist auch der Verdienstauffall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes 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 18 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 Verdienstauffall 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 den während dieser Zeit verursachten Verdienstauffall das auf den Kalendarstag 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.
4. Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.
5. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

**§ 3
Wartezeiten**

- 4.1 Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand vorlegt. Den Umfang der ärztlichen Zeugnisse legt der Versicherer fest. Er stellt hierfür Vordrucke zur Verfügung. Wird die Frist überschritten, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Die Wartezeiten nach § 1a Abs. 5 können nicht erlassen werden.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankentagegeld-Tarif KSET / KVET

Gilt für Tarif KSET, KVET.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen MB/KT 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/KT 2009)

A. Tarifleistungen

**Leistungen des
Versicherers**

1. Der Versicherer zahlt für die Dauer einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit - als Folge von Krankheiten oder Unfällen - ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang, und zwar je nach vereinbarter Tarifstufe ab Beginn der

(...)

der Arbeitsunfähigkeit.

Der Versicherungsschutz umfasst auch Berufskrankheiten und Berufsunfälle, die zu einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit führen. Das Krankentagegeld wird für jeden Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit, also auch für Sonn- und Feiertage, gezahlt. Das Krankentagegeld kann in Höhe von 5 Euro oder einem Vielfachen davon versichert werden.

2. Für die Dauer der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird unter den Voraussetzungen des § 1a AVB unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe pro Kalendertag erbracht. Dies gilt für weibliche Versicherte, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben oder in einem festen Arbeitsverhältnis stehen.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankentagegeld-Tarif MTG (Ärzte und Zahnärzte)

Gilt für Tarif MTG.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KT 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

**Leistungen des
Versicherers**

1. Für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 AVB) wird ab vereinbartem Leistungsbeginn, frühestens nach Fortfall der Gehaltszahlung, ein Krankentagegeld in vertraglicher Höhe pro Kalendertag gezahlt.
2. Als Leistungsbeginn kann (...).
3. Das Krankentagegeld kann in einer Höhe von (...).

4. Für die Dauer der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz wird unter den Voraussetzungen des § 1a AVB unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe pro Kalendertag erbracht. Dies gilt für weibliche Versicherte, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben oder in einem festen Arbeitsverhältnis stehen.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankentagegeld-Tarif SG

Gilt für Tarif SG.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KT 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 AVB) wird ab vereinbartem Leistungsbeginn, frühestens nach Fortfall der Gehaltszahlung, ein Krankentagegeld in vertraglicher Höhe pro Kalendertag gezahlt.
2. Als Leistungsbeginn kann (...).
3. Das Krankentagegeld in Tarifstufe (...).
4. Das Krankentagegeld kann in einer Höhe von (...).
5. ~~Für die Zeit der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz wird unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit und unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn ein Krankentagegeld in Höhe von 10 % des vereinbarten Tagessatzes erbracht. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.~~
Für die Dauer der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz wird unter den Voraussetzungen des § 1a AVB unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe pro Kalendertag erbracht. Dies gilt für weibliche Versicherte, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben oder in einem festen Arbeitsverhältnis stehen.
6. Abweichend von § 1 Abs. 7 AVB wird bei berufsbedingtem Aufenthalt von Arbeitnehmern im Ausland für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang auch außerhalb einer stationären Heilbehandlung gezahlt.
Bei berufsbedingtem Aufenthalt von Arbeitnehmerinnen im Ausland wird das Krankentagegeld nach § 1a AVB im vertraglichen Umfang erbracht.
7. Entsprechend der Dauer der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber können von Abs. 2 abweichende Leistungsbeginne vereinbart werden. Hierbei richtet sich der Beitrag nach der Tarifstufe mit dem nächstfrüheren Leistungsbeginn. Als Ausgleich hierfür wird ein entsprechend höherer Tagessatz gezahlt. ~~Für die Tagegeldleistung während der Mutterschutzfrist nach Abs. 5 gilt diese Tagegeldhöhung jedoch nicht.~~

Es kann vereinbart werden in (...).

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankentagegeld-Tarif TG

Gilt für Tarif TG.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KT 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 AVB) wird ab vereinbartem Leistungsbeginn, frühestens nach Fortfall der Gehaltszahlung, ein Krankentagegeld in vertraglicher Höhe pro Kalendertag gezahlt.
2. Als Leistungsbeginn kann (...).
3. Das Krankentagegeld kann in einer Höhe von (...).
4. Für die Dauer der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird unter den Voraussetzungen des § 1a AVB unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe pro Kalendertag erbracht. Dies gilt für weibliche Versicherte, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben oder in einem festen Arbeitsverhältnis stehen.