

## Ergänzungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Tarife **BME, BMK, BMZ1, BMZ2, BMUNI, BMG, BMZ1G, KTC, KTN2, KTAG, KDT, KDT50/85, KDTP100, KDBE, KNHB, KSHR, KHMR, KAZM, KAMP, UZ1/2, KS1/2, PTG, PZU100, KKHT, KKUR und KBCK**

Sehr geehrte Versicherte,  
sehr geehrter Versicherter,

mit Ihrer Beitrittserklärung haben Sie sich zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag angemeldet. Dies ist für Sie mit vielen Vorteilen verbunden. Zum Beispiel ist der zu zahlende Beitrag **günstiger** als im entsprechenden Tarif der Einzelversicherung. Darüber hinaus bestehen grundsätzlich **keine Wartezeiten**.

Im Rahmen dieses Gruppenvertrages gelten die vereinbarten AVB mit folgenden Besonderheiten:

### 1. Gruppenversicherungsvertrag

Wir haben den Gruppenversicherungsvertrag mit dem jeweiligen Gruppenvertragspartner geschlossen. Dieser gilt im Rahmen dieses Vertrages als Versicherungsnehmer. Sie als Versicherter haben aber einen unmittelbaren Anspruch auf unsere Versicherungsleistungen. In den beiliegenden AVB sprechen wir Sie daher direkt als Versicherungsnehmer an. Zudem erhalten Sie einen Auszug aus dem Gruppenversicherungsvertrag mit den für Sie relevanten Bestimmungen.

### 2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 2.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem in Ihrem Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Bei den Tarifen KBCK, KDT, KKHT, KKUR und UZ1/2 müssen zusätzlich die Wartezeiten abgelaufen sein.
- 2.2 Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, gilt abweichend von den AVB Folgendes: Sie fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Für die Tarife UZ1/2, PTG, PZU100, KKHT, KKUR und KBCK gelten diese Regelungen nicht. Es gelten stattdessen Nr. 1.4 AVB der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR, Teil 1 Nr. 9.2 AVB des Tarifs PTG, Teil 1 Nr. 6.2 AVB des Tarifs PZU100, Teil 1 Nr. 5.2 AVB des Tarifs KBCK mit folgender Besonderheit: Es kommt nicht auf den Abschluss des Vertrages an, sondern auf den Zeitpunkt, in welchem die Beitrittserklärung zugeht.
- 2.3 In der Krankheitskostenversicherung gilt für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die derzeitige Schwangerschaft (einschließlich einer etwaigen Früh- oder Fehlgeburt), der Schwangerschaftsabbruch, schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen, Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen. Diese Regelung gilt nicht für Tarif UZ1/2.

### 3. In welchem Umfang besteht der Versicherungsschutz?

- 3.1 Wir übernehmen für alle versicherbaren Personen, für die eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- 3.2 Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den AVB, dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- 3.3 Bei erhöhten Risiken können wir einen Ausschluss für bestimmte Leistungen festlegen oder einen Risikozuschlag erheben. Lehnen Sie die Zahlung des Risikozuschlags ab, gilt Folgendes: Für die Krankheiten und Unfallfolgen, für die wir den Risikozuschlag verlangt haben, besteht kein Versicherungsschutz. Diese Regelung gilt nicht für die Tarife KSHR, UZ1/2, KKHT, KKUR, KDT und KBCK. Für die Tarife PTG und PZU100 können Sie die Zahlung eines Risikozuschlags nicht ablehnen.
- 3.4 Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge können auf Ihren Antrag entfallen. Voraussetzung ist, dass für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Der Entfall wird dann zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt.
- 3.5 Es gilt folgender Höchstsatz für die Krankenhaustagegeldversicherung: Insgesamt können Sie bei uns maximal 65 EUR Krankenhaustagegeld versichern.

- 3.6 Es gelten folgende Höchstsätze für die Krankentagegeldversicherung:  
**Tarife KTC, KTAG:** Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.  
**Tarif KTN2:** Für den 55 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 300 EUR Krankentagegeld versichern. Für Freiberufler gelten abweichend folgende Höchstsätze: Für den 280 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.
- 3.7 Auch in der Pfl egetagegeldversicherung gelten Höchstsätze. Diese ergeben sich aus den AVB der entsprechenden Tarife. Bei Kombinationen gelten besondere Höchstsätze. Diese ergeben sich aus den Annahmebedingungen der jeweiligen Tarife. Wir informieren Sie gern hierüber.
- 4. Gibt es Wartezeiten?**  
 Es gibt - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR, KDT und KBCK - keine Wartezeiten.
- 5. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?**  
 Es gelten die Regelungen der vereinbarten AVB, soweit sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben.
- 6. Welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es und wann endet der Versicherungsschutz?**
- 6.1 Eine Mindestversicherungsdauer gibt es - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR und KBCK - nicht.
- 6.2 Sie können sich von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestversicherungsdauer. Ihre Abmeldung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Frist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auch auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Scheiden Sie aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.
- 6.3 In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir abweichend von den AVB auf unser ordentliches Kündigungsrecht.
- 6.4 Die Versicherung endet bei
- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw.
  - Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.
- In der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Kurtagegeldversicherung sowie in der Pflegezusatzversicherung besteht in diesen Fällen für schwebende Versicherungsfälle weiter Versicherungsschutz. Dieser endet spätestens vier Wochen nach der Beendigung der Versicherung.
- 6.5 In der Krankentagegeldversicherung gelten folgende Besonderheiten:
- Kündigen wir den Gruppenvertrag, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach der Beendigung.
  - Besteht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Die Versicherung besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Sie endet aber spätestens 52 Wochen nach Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit.
  - Sie haben einen Anspruch auf Umwandlung in eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn die Krankentagegeldversicherung wegen Entfall der Versicherungsfähigkeit beendet wird. Dies gilt auch bei Beendigung wegen des Bezugs von Altersrente bzw. Vollendung des 70. oder 75. Lebensjahres. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person länger als drei Monate versichert war. Die Umwandlung ist nur zulässig, wenn dadurch das bei uns insgesamt versicherte Krankenhaustagegeld einen Tagegeldsatz von 65 EUR nicht übersteigt. Sie müssen den Antrag auf Umwandlung spätestens bis zum Ablauf des zweiten Monats nach Beendigung der Versicherung stellen.
- 6.6 Die weiteren Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den vereinbarten AVB.
- 7. Wann kann die Versicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden?**
- 7.1 Endet die Versicherung besteht folgender Anspruch: Sie bzw. die betroffene mitversicherte Person können die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung rechnen wir an. Bei einer Beendigung des Gruppenvertrages informieren wir Sie bzw. die mitversicherte Person über das Fortführungsrecht. Dieses endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem Sie bzw. die mitversicherte Person von diesem Recht erfahren haben. Das Fortführungsrecht gilt nicht, wenn die Versicherung durch außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt beendet wurde.
- 7.2 Die Zeit, in welcher im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages eine ununterbrochene Versicherung bestand, berücksichtigen wir wie folgt: Wir rechnen sie auf die Fristen und Wartezeiten der beantragten Tarife in der Einzelversicherung an.

Mit freundlichen Grüßen  
 Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG