

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif Krankengeld.plus für gesetzlich Krankenversicherte

Fassung Januar 2026

Wesentliche Merkmale des Tarifs Krankengeld.plus

Krankentagegeld bei Bezug einer Einkommens- ersatzleistung bei

- Arbeitsunfähigkeit
- Arbeitsunfähigkeit nach einer Organspende
- Krankheit des eigenen Kindes

Inhalt

§ 1	Welchen Schutz bietet diese Versicherung? .2	§ 9	Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?..... 5
§ 2	Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?.....3	§ 10	Wann können wir die Beiträge und die Versicherungsbedingungen ändern? 5
§ 3	Welche Wartezeit gilt?.....3	§ 11	Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?..... 6
§ 4	Wie hoch darf das versicherte Krankentagegeld sein?3	§ 12	Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz? 6
§ 5	Wie erfolgt die Leistung im Versicherungsfall?.....4	§ 13	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?... 7
§ 6	Wann leisten wir nicht?.....4	§ 14	Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?... 7
§ 7	Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?.....4	§ 15	Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?..... 7
§ 8	Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?5	§ 16	Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?... 7 Fachbegriffe..... 8
			Anhang – Gesetzestexte.....10

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif Krankengeld.plus für gesetzlich Krankenversicherte

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die Hallesche Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Sie sind unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Um die Allgemeinen Versicherungsbedingungen leicht lesbar zu machen, verwenden wir in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

(2) Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können sich Personen versichern, die

- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und
- gegen Entgelt abhängig beschäftigt sind.

Die Versicherung in Tarif Krankengeld.plus endet, wenn

- die Versicherung in der GKV wegfällt, oder
- der Versicherte nicht mehr abhängig gegen Entgelt beschäftigt ist, oder
- der Versicherte einen Beruf aufnimmt, für den wir einen speziellen Tarif anbieten.

In diesen Fällen kann der Versicherte ohne erneute Risikoprüfung in einen → gleichartigen Versicherungsschutz bei uns wechseln, sofern sich das versicherte Tagegeld nicht erhöht und er in dieser anderen Krankentagegeldversicherung → versicherungsfähig ist.

Endet die abhängige Beschäftigung und besteht zu diesem Zeitpunkt ein → Versicherungsfall, endet der Tarif Krankengeld.plus erst, wenn der Versicherungsfall abgeschlossen ist.

(3) Was ist ein → Versicherungsfall?

Es liegt ein Versicherungsfall vor, wenn der Versicherte wegen

- Krankheit oder
- → Unfall oder
- Schwangerschaft außerhalb der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie des Entbindungstages

→ arbeitsunfähig ist und deshalb eine der folgenden Einkommensersatzleistungen erhält:

- Krankengeld von einer GKV gemäß §§ 44, 44a SGB V (siehe Anhang), oder
- → Verletztengeld von einer gesetzlichen Unfallversicherung gemäß § 45 SGB VII (siehe Anhang), oder
- Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 20 SGB VI (siehe Anhang) von der Deutschen Rentenversicherung.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieses Tarifs bedeutet: Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit kann nicht oder nur auf die Gefahr einer Verschlechterung der Gesundheit hin ausgeübt werden. Dies gilt stets für die Zeiten einer → stationären Heilbehandlung, z.B. Krankenhaus- oder Kuraufenthalt.

Ein Versicherungsfall liegt auch vor, wenn der Versicherte wegen Erkrankung eines Kindes eine Einkommensersatzleistung von einer GKV gemäß § 45 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) erhält.

Der Versicherungsfall beginnt mit dem Tag, für den anstelle des Arbeitsentgelts erstmals eine der vorgenannten Einkommensersatzleistungen gezahlt wird. Er endet mit dem Wegfall der Einkommensersatzleistung.

Im Versicherungsfall besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld für die Tage, für die der Versicherte wegen Arbeitsunfähigkeit bzw. wegen Erkrankung eines Kindes eine der oben genannten Einkommensersatzleistungen erhält, höchstens jedoch für insgesamt 78 Wochen.

(4) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- Ihr → Versicherungsschein,
- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif Krankengeld.plus,
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland und
- die schriftlichen Vereinbarungen, die wir mit Ihnen treffen.

§ 2 Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag ist geschlossen, wenn Ihnen der → Versicherungsschein oder eine schriftliche Erklärung über die Annahme zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (→ Versicherungsbeginn). Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht, bevor wir den Vertrag mit Ihnen geschlossen haben und nicht bevor die Wartezeit zu Ende ist.

Ist ein → Versicherungsfall eingetreten, bevor der Versicherungsschutz beginnt, leisten wir für die Zeit ab Beginn des Versicherungsschutzes, wenn

- der Versicherungsfall eingetreten ist, nachdem der Vertrag geschlossen wurde oder
- uns dieser Versicherungsfall vor Vertragschluss angezeigt wurde und wir mit Ihnen nichts anderes vereinbart haben.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern, gilt dies für die Mehrleistung entsprechend.

§ 3 Welche Wartezeit gilt?

Die Wartezeit beginnt am Tag des Versicherungsbeginns und dauert 3 Monate. Während dieser Zeit erhalten Sie kein Krankentagegeld für einen Versicherungsfall, denn der Versicherungsschutz beginnt erst nach Ablauf der Wartezeit.

Wir verzichten auf die Wartezeit, wenn der Versicherte einen → Unfall hat und folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Unfall hat sich ereignet, nachdem der Vertrag geschlossen wurde.
- Sie weisen durch ein ärztliches Attest nach, dass es sich um einen Unfall handelt und wann sich dieser Unfall ereignet hat.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern, gilt dies für die Mehrleistung entsprechend.

§ 4 Wie hoch darf das versicherte Krankentagegeld sein?

(1) Das versicherte Krankentagegeld darf gemeinsam mit dem GKV-Krankengeldanspruch das Nettoeinkommen nicht übersteigen.

Als Nettoeinkommen gelten in Tarif Krankengeld.plus 80% des → Bruttoeinkommens.

Bei der Berechnung des Nettoeinkommens legen wir den monatlichen Durchschnitt der letzten 12 Monate vor Vertragsschluss zugrunde. Diesen Betrag teilen wir durch 30 und ermitteln unter Berücksichtigung des GKV-Krankengeldanspruchs das Tagegeld, das Sie maximal versichern können.

(2) Was passiert, wenn das Nettoeinkommen während der Vertragslaufzeit sinkt?

Sinkt das Nettoeinkommen aus dem Beruf des Versicherten dauerhaft, müssen Sie oder der Versicherte uns das mitteilen.

Sofern dadurch das maximal versicherbare Krankentagegeld überschritten wird, können wir das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend herabsetzen. Das geht auch, wenn der → Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Wir reduzieren dann das Krankentagegeld und den Beitrag mit Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen das mitgeteilt haben.

Für die Berechnung des gesunkenen Nettoeinkommens berücksichtigen wir den Durchschnitt der letzten 12 Monate, bevor wir von dem gesunkenen Nettoeinkommen erfahren haben. Zeiten, in denen der Versicherte → arbeitsunfähig war oder aufgrund von Schutzvorschriften nicht arbeiten durfte, berücksichtigen wir dabei nicht.

Im Versicherungsfall können wir verlangen, dass Sie uns die Höhe des Nettoeinkommens z.B. durch Gehaltsabrechnungen nachweisen.

(3) Was passiert, wenn das Nettoeinkommen während der Vertragslaufzeit steigt?

Erhöht sich das Nettoeinkommen aus dem Beruf des Versicherten, können Sie beantragen, das versicherte Krankentagegeld entsprechend zu erhöhen.

Tun Sie dies innerhalb von 2 Monaten ab der Erhöhung zum nächsten Monatsersten,

- muss der Versicherte keine weiteren Gesundheitsfragen beantworten und
- wir bezahlen ab diesem Zeitpunkt das erhöhte Krankentagegeld, selbst wenn ein → Versicherungsfall bereits vorliegt.

Wir können verlangen, dass Sie uns die Erhöhung des Nettoeinkommens z.B. durch Gehaltsabrechnungen nachweisen.

§ 5 Wie erfolgt die Leistung im → Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn Sie die von uns geforderten Nachweise erbringen.

Als Nachweis benötigen wir von Ihnen in der Regel die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sowie die Bescheide, mit denen der jeweilige Sozialversicherungsträger

- seine Einkommensersatz-Leistung und
- den jeweiligen Leistungszeitraum

bestätigt hat.

Welche weiteren Voraussetzungen ggf. noch vorliegen müssen, damit wir Ihnen die Leistung auszuzahlen können, lesen Sie in § 14 VVG (siehe Anhang).

(2) An wen leisten wir?

Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in → Textform mit.

Sie können Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden. Das gilt nicht, wenn Sie Ihren Vertrag ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossen haben. Gesetzliche Abtretungsverbote gelten trotzdem.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wenn Sie uns kein Inlandskonto benennen, können wir Kosten für die Überweisung in das Ausland abziehen.

§ 6 Wann leisten wir nicht?

Wir leisten nicht für Arbeitsunfähigkeiten innerhalb der ersten 2 Jahre nach Versicherungsbeginn, wenn die Arbeitsunfähigkeit im ursächlichen Zusammenhang mit einer Erkrankung oder Unfallfolge steht,

- wegen derer der Versicherte innerhalb der letzten 2 Jahre vor Versicherungsbeginn ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde
- und ihm diese Erkrankung oder Unfallfolge bei Antragstellung bekannt war.

§ 7 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten müssen Sie beachten?

Wir können Folgendes verlangen:

- Sie und der nach § 5 Abs. 2 empfangsberechtigte Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
- ob ein → Versicherungsfall vorliegt und
- ob und in welchem Umfang wir leisten.

Hierzu zählen auch geeignete Nachweise nach § 5 Abs. 1 zur Höhe des Nettoeinkommens (z.B. Gehaltsabrechnungen).

- Der Versicherte darf nichts tun, was die Genesung behindert.
- Sie müssen jeden Berufswechsel des Versicherten → unverzüglich anzeigen.
- Sie dürfen den Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit unserer Einwilligung vornehmen.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn eine dieser Pflichten verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang).

Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

Für den Fall, dass Sie ohne unsere Einwilligung eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld abgeschlossen oder erhöht ha-

ben, können wir auch kündigen. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang).

Wir können dann innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Pflichtverletzung erfahren haben, fristlos kündigen.

§ 8 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

Ihre Versicherung ist nach → Art der Lebensversicherung kalkuliert. Das bedeutet, dass Rückstellungen für das Alter angespart werden.

Wenn Sie das Krankentagegeld erhöhen und dann ein höheres Risiko besteht, steht uns ein angemessener Zuschlag zu. Diesen erheben wir zusätzlich zum Beitrag nur für das hinzukommende Krankentagegeld.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den Sie zu Beginn eines jeden → Versicherungsjahres bezahlen müssen. Sie können ihn aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlen. Wir stunden Ihnen in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats. Sie müssen auf das Konto einzahlen, das wir Ihnen nennen.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres,

- müssen Sie die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw.
- wir zahlen Ihnen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

Zahlen Sie den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig,

- können Sie den Versicherungsschutz verlieren und
- wir können den Vertrag beenden.

Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang).

Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur

für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand. Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) wegen Verletzung der → Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder
- ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten,

steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird. Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt haben, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

§ 9 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechten?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrichten,

- soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder
- rechtskräftig festgestellt ist.

Gegen eine Forderung aus der Pflicht, Beiträge zu bezahlen, können Sie als Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrichten.

§ 10 Wann können wir die Beiträge und die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der vertraglichen Zusage können sich unsere Leistungen ändern, z.B.

- wegen häufigerer → Arbeitsunfähigkeit,
- wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder
- aufgrund steigender Lebenserwartung der Versichertengemeinschaft.

Deshalb vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den Leistungen, die wir gemäß unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkuliert haben. Dabei berücksichtigen wir auch die Sterbewahrscheinlichkeiten.

Weichen die erforderlichen Leistungen um mehr als 5% von den kalkulierten ab,

- überprüfen wir alle Beiträge und
- passen sie – soweit erforderlich – an, nachdem der unabhängige → Treuhänder dies überprüft und zugestimmt hat.

Unter den oben genannten Voraussetzungen können wir zusätzlich auch einen → Risikozuschlag entsprechend anpassen.

Die Anpassungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

(2) Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif Krankengeld.plus diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger → Treuhänder überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und
- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

für unwirksam erklärt wurde.

Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mitberücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

2 Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

§ 11 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?

Sie können einen Wechsel der Versicherung in einen → gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern

- der Versicherte in dem neuen Tarif versichert werden kann und
- der neue Tarif ebenfalls unabhängig vom Geschlecht kalkuliert ist.

Wir nehmen den Antrag auf Wechsel in angemessener Frist an. Hierbei rechnen wir die erworbenen Rechte an.

Ist der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender, können wir insoweit

- einen → Risikozuschlag (siehe § 8 Abs. 1) verlangen oder
- einen Ausschluss der Leistungen vereinbaren.

§ 12 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet der Vertrag?

Der Vertrag endet, sofern

- Sie den Vertrag kündigen. Weitere Informationen lesen Sie dazu in § 13.
- wir den Vertrag kündigen. Lesen Sie bitte hierzu § 14.

Falls ein Versicherter nicht weiter nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif Krankengeld.plus → versicherungsfähig ist, endet dieser Vertragsteil. Sie können diesen Vertragsteil auf → Anwartschaft stellen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit beantragen.

Der Vertrag endet auch mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von 2 Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter, endet nur dessen Vertragsteil.

Zum Ende des Monats, in dem ein Versicherter das 75. Lebensjahr vollendet, endet dessen Vertragsteil.

(2) Kann der Vertrag nach einer Trennung oder Scheidung weitergeführt werden?

Sie und Ihr Ehegatte können Ihre Vertragsteile selbstständig weiterführen,

- **nachdem Sie geschieden sind oder**
- **wenn Sie getrennt leben.**

Bei → Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

(3) Wann endet der Versicherungsschutz?

Soweit der Vertrag endet, endet auch der Versicherungsschutz. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

§ 13 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden Monats ordentlich kündigen. Dies setzt voraus, dass uns die Kündigung mindestens 15 Tage vorher in → Textform erreicht.

Sie können Ihre Kündigung auch auf einzelne Versicherte beschränken.

Darüber hinaus können Sie den Vertragsteil desjenigen Versicherten kündigen, für den wir gemäß § 10 Abs. 1 den Beitrag erhöhen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach Zugang unserer Mitteilung mit Wirksamkeit zum Zeitpunkt der Änderung tun.

Beenden wir den Vertrag durch Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung nur für einzelne Versicherte, können Sie die Aufhebung des übrigen Teils des Vertrages verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Wochen tun, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist,

- **zum Ende des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist bzw.**
- **bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.**

Kündigen Sie den Vertrag für einzelne Versicherte oder insgesamt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- **die Versicherten einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und**

- **uns dies innerhalb von 2 Monaten mitteilen, nachdem Sie gekündigt haben.**

Ihre Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffenen Versicherten hier von Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?

Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich zu kündigen.

Deshalb können wir nur nach den gesetzlichen Bestimmungen → außerordentlich kündigen. Dabei können wir uns auch auf einzelne Versicherte beschränken.

Kündigen wir den Vertrag insgesamt oder für einzelne Versicherte wegen Zahlungsverzugs, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- **sie einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und**
- **uns dies innerhalb von 2 Monaten mitteilen, nachdem sie von der Kündigung und diesem Recht erfahren haben.**

§ 15 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der → Textform.

§ 16 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen

- **in dem wir unseren Sitz haben,**
- **in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder**
- **in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.**

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen

- **in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder**
- **in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.**

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de/

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit → gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Anzeigepflicht

Wir können Versicherungsschutz nur dann bieten, wenn wir das Krankheitskostenrisiko der Versicherten vorher genau kennen. Deshalb müssen Sie und die Versicherten alle gefahrerheblichen Einzelheiten, die für die Risikobeurteilung wichtig sind, anzeigen. Als gefahrerheblich gelten alle Daten, nach denen wir im Versicherungsantrag fragen. Dazu zählen Angaben über Gesundheitszustand, Beruf, Alter sowie über anderweitig beantragten oder bestehenden Schutz.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht endet mit der Abgabe des Antrags an uns.

Sollten wir zwischen Antragstellung und Vertragschluss noch einmal bei Ihnen nachfragen, gilt aber wieder Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat.

Arbeitsunfähig

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieses Tarifs bedeutet: Die zuletzt ausgeübte oder eine ähnliche Tätigkeit

kann nicht oder nur auf die Gefahr einer Verschlechterung der Gesundheit hin ausgeübt werden. Dies gilt stets für die Zeiten einer stationären Heilbehandlung, z.B. bei Krankenhaus- oder Kuraufenthalt.

Art der Lebensversicherung

Das bedeutet, dass die Krankenversicherung wie eine Lebensversicherung kalkuliert wird. Dabei sind zahlreiche Auflagen zu beachten. Das sind zum Beispiel:

- Ein verantwortlicher Aktuar muss sicherstellen, dass die Beitragskalkulation den Gesetzen entspricht.
- Die versicherungsmathematischen Methoden müssen bestimmte Mindestanforderungen erfüllen.
- Beitragsänderungen erfolgen aufgrund einer Anpassungsklausel. Sie bedürfen der Zustimmung eines unabhängigen Gutachters, des so genannten Treuhänders.

Außerordentliche Kündigung

Eine außerordentliche Kündigung ist zum Beispiel möglich, wenn Sie den Vertrag schwerwiegend verletzt haben. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Sie uns bei der Abrechnung betrügen.

Bruttoeinkommen

Unter dem Bruttoeinkommen bzw. der Bruttovergütung versteht man die Gesamtvergütung vor Abzug der öffentlich-rechtlichen Steuern und Abgaben zur Sozialversicherung.

Gleichartiger Versicherungsschutz

Gleichartig sind Tarife, die gleiche Leistungsbereiche umfassen. Ein Leistungsbereich ist z.B. Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit.

Lebenspartner

Lebenspartner sind 2 Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Risikozuschlag

Hat ein Versicherter bestimmte Vorerkrankungen und liegt deshalb ein höheres Risiko vor, können wir zusätzlich einen Risikozuschlag verlangen.

Stationäre Heilbehandlung

Eine stationäre Heilbehandlung liegt vor, wenn der Patient zeitlich ununterbrochen – mindestens aber einen Tag und eine Nacht – im Krankenhaus untergebracht ist.

Textform

Textform bedeutet schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Treuhänder

Personen, die aufsichtsrechtliche Befugnisse im Interesse der Versicherten wahrnehmen.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Verletztengeld

Verletztengeld ist eine Ersatzleistung für Lohn- oder Entgeltzahlungen von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Das Verletztengeld steht Versicherten zu, die einen Arbeitsunfall erlitten haben oder bei denen eine Berufskrankheit festgestellt wurde.

Versicherungsbeginn

Das ist der Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht.

Versicherungsfähigkeit

Jeder Tarif hat bestimmte Voraussetzungen, die der Versicherte erfüllen muss, um sich dort versichern zu können. Diese finden Sie im Tarif. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, dann endet seine Versicherung in diesem Tarif sofort.

Versicherungsfall

In diesem Tarif liegt ein Versicherungsfall vor, wenn Sie oder der Versicherte wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft kein Arbeitsentgelt erhalten

und stattdessen Sozialleistungen erhalten. Er endet mit Wegfall der Sozialleistung.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr. Beginnt die Versicherung z.B. am 01.04.2025, so beginnt das Versicherungsjahr am 01.04.2025 und endet am 31.03.2026.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist eine Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er verkörpert den Vertrag zwischen Ihnen und uns.

Anhang – Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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 voraussichtlich 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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Abs. 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 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 Abs. 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 Abs. 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; Abs. 2 bleibt unberührt.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 44 Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden.

(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, sofern sie ab-

hängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind oder sofern sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben,

2. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung),
3. Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben,
4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt § 53 Absatz 8 Satz 1 entsprechend. Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.

(3) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote

zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.

§ 44a Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 27 Absatz 1a Satz 1 haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Spender ist das ausgefallene Arbeitseinkommen im Sinne von Satz 2 aus demjenigen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat. § 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 4, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen. Ansprüche nach dieser Vorschrift haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen.

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfe Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend.

§ 48 Dauer des Krankengeldes

(1) Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und
2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Satz 2 gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Verletztengeld nach dem Siebten Buch.

Sozialgesetzbuch Sechstes Buch [SGB VI]

§ 20 Anspruch

(1) Anspruch auf Übergangsgeld haben Versicherte, die

1. von einem Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge oder sonstige Leistungen zur Teilhabe erhalten, sofern die Leistungen nicht dazu geeignet sind, neben einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit erbracht zu werden,
2. (weggefallen)
3. bei Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur

- Nachsorge oder sonstigen Leistungen zur Teilhabe unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind, unmittelbar vor Beginn der Leistungen
- a) Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und im Bemessungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben oder
 - b) Krankengeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Qualifizierungsgeld, Arbeitslosengeld oder Mutterschaftsgeld bezogen haben und für die von dem der Sozialleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind.
- (2) Versicherte, die Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch oder Anspruch auf Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches haben, haben abweichend von Absatz 1 Nummer 1 Anspruch auf Übergangsgeld, wenn sie wegen der Inanspruchnahme der Leistungen zur Teilhabe keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben können.
- (3) Versicherte, die Anspruch auf Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches haben und ambulante Leistungen zur Prävention und Nachsorge in einem zeitlich geringen Umfang erhalten, haben abweichend von Absatz 1 Nummer 1 ab Inkrafttreten der Vereinbarung nach Absatz 4 nur Anspruch auf Übergangsgeld, sofern die Vereinbarung dies vorsieht.
- (4) Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2017, unter welchen Voraussetzungen Versicherte nach Absatz 3 einen Anspruch auf Übergangsgeld haben. Unzuständig geleistete Zahlungen von Entgeltersatzleistungen sind vom zuständigen Träger der Leistung zu erstatten.
- Sozialgesetzbuch Siebtes Buch [SGB VII]**
- § 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld**
- (1) Verletztengeld wird erbracht, wenn Versicherte
1. infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und
 2. unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, nicht nur darlehensweise gewährtes Arbeitslosengeld II oder nicht nur Leistungen für Erstausstattungen für Bekleidung bei Schwangerschaft und Geburt nach dem Zweiten Buch oder Mutterschaftsgeld hatten.
- (2) Verletztengeld wird auch erbracht, wenn
1. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind,
 2. diese Maßnahmen sich aus Gründen, die die Versicherten nicht zu vertreten haben, nicht unmittelbar an die Heilbehandlung anschließen,
 3. die Versicherten ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht wieder aufnehmen können oder ihnen eine andere zumutbare Tätigkeit nicht vermittelt werden kann oder sie diese aus wichtigem Grund nicht ausüben können und
 4. die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 erfüllt sind.
- Das Verletztengeld wird bis zum Beginn der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Zeit bis zum Beginn und während der Durchführung einer Maßnahme der Berufsfindung und Arbeitserprobung.
- (3) Werden in einer Einrichtung Maßnahmen der Heilbehandlung und gleichzeitig Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Versicherte erbracht, erhalten Versicherte Verletztengeld, wenn sie arbeitsunfähig sind oder wegen der Maßnahmen eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 erfüllt sind.
- (4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletz-

ten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und
2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

§ 46 Beginn und Ende des Verletztengeldes

(3) Das Verletztengeld endet

1. mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme,
2. mit dem Tag, der dem Tag vorausgeht, an dem ein Anspruch auf Übergangsgeld entsteht.

Wenn mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zu rechnen ist und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sind, endet das Verletztengeld

1. mit dem Tag, an dem die Heilbehandlung so weit abgeschlossen ist, daß die Versicherten eine zumutbare, zur Verfügung stehende Berufs- oder Erwerbstätigkeit aufnehmen können,
2. mit Beginn der in § 50 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches genannten Leistungen, es sei denn, daß diese Leistungen mit dem Versicherungsfall im Zusammenhang stehen,
3. im übrigen mit Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung.

Mutterschutzgesetz [MuSchG]

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), so weit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt.

Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungsgelehrten ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Termin, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Abs. 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nr. 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG] in der bis zum 30. September 2017 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.