

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Musterbedingungen 2008 (MB/KT 2008)
Tarifbedingungen 2008 (TB/KT 2008)

Inhalt

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes
- § 8 Beitragszahlung
- § 8a Beitragsberechnung
- § 8b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
- § 11a Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte (Tarifbedingungen)
- § 12 Aufrechnung
- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe
- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag 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.
- zu § 1 (1) MB/KT 2008:
- Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- Als Unfall gelten auch
- a) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Absatzes in den Körper gelangt ist;
 - b) durch Kraftanstrengung der versicherten Person hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule.
- (2) 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.
- zu § 1 (1) und (2) MB/KT 2008:
- Führen mehrere Versicherungsfälle mit mehreren sich anschließenden oder überschneidenden Arbeitsunfähigkeiten bei Arbeitnehmern zu einer Beendigung des Gehaltsfortzahlungsanspruchs, so wird die Karenzzeit in diesen Fällen für die durchgehende Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet und das versicherte Krankentagegeld ab dem Zeitpunkt des Fortfalls des Gehaltsanspruchs, frühestens aber nach der vereinbarten Karenzzeit gezahlt.
- (3) 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.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

zu § 1 (5) MB/KT 2008:

- a) Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KT 2008 ist der Versicherer zur Annahme des Antrags unverzüglich verpflichtet.
- b) Der Versicherungsnehmer kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit dadurch abwenden, dass er die Vereinbarung eines entsprechenden Leistungsausschlusses verlangt, soweit letzterer versicherungstechnisch möglich ist.
- c) Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KT 2008 besteht der Umwandlungsanspruch auch bei Anwartschafts- und Ruhens-

versicherungen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) 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.

zu § 1 (7) MB/KT 2008:

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt. Die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ohne besondere Vereinbarung wird auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung Krankentagegeld gezahlt.

(8) 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.

§ 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.

zu § 2 MB/KT 2008:

Zugunsten des Versicherungsnehmers werden für Versicherungsfälle, die vor Vertragsabschluss bzw. -änderung eingetreten sind, Leistungen zur Verfügung gestellt, wenn diese dem Versicherer entsprechend § 19 VVG (siehe Anhang) angezeigt worden sind und insoweit keine entgegenstehenden Besonderen Bedingungen vereinbart wurden.

§ 3

Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

zu § 3 (1) MB/KT 2008:

Soweit sich bei Änderung des Versicherungsschutzes höhere Leistungen oder kürzere Karennzeiten ergeben, gelten die Bestimmungen über die Wartezeiten sinngemäß. Dies gilt nicht, wenn zugunsten des Versicherungsnehmers für eine tariflich vorgesehene Anpassung des Versicherungsschutzes etwas anderes bestimmt ist.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

zu § 3 (2) MB/KT 2008:

Die allgemeine Wartezeit entfällt zusätzlich bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

zu § 3 (3) MB/KT 2008:

Es sind keine besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu erfüllen.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

zu § 3 (4) MB/KT 2008:

In allen Tarifen können die Wartezeiten erlassen werden, wenn die Versicherung in Verbindung mit einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heifürsorge.

zu § 3 (5) MB/KT 2008:

Das Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf ambulante und stationäre Heilbehandlung wird dem Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung

gleichgestellt.

- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

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

zu § 4 (1) MB/KT 2008:

Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes setzt mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Tritt jedoch innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

- (2) 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.

zu § 4 (2) MB/KT 2008:

a) Neben sonstigen Krankentage- und Krankengeldern werden auch die vom Arbeitgeber gewährte Lohnfortzahlung und sonstige von ihm aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit erbrachte Leistungen auf die Versicherungsleistung, und zwar auch rückwirkend, angerechnet.

b) Das Krankentagegeld wird fällig, wenn der Versicherungsnehmer seinen tatsächlichen Verdienstaustausch dem Versicherer in hierzu geeigneter Form (z. B. Gehaltsabrechnung oder Einkommensteuerbescheid) nachweist. Der Versicherer kann bis zur Vorlage dieser Nachweise unter dem Vorbehalt der Rückforderung von Überzahlungen Abschlagszahlungen auf das Krankentagegeld leisten.

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

- (4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrags zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

zu § 4 (2) bis (4) MB/KT 2008:

a) Anstelle des Nettoeinkommens der versicherten Person gelten als Bemessungsgrundlage 75 % des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Bruttoeinkommens aus selbstständiger oder unselbstständiger Tätigkeit in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

b) Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit werden als Bemessungsgrundlage das durchschnittliche tägliche Einkommen gemäß Buchst. a dieser Bestimmung der letzten 3 Monate herangezogen.

- (5) 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.

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

- (7) 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 Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

zu § 4 (7) MB/KT 2008:

Bescheinigungen von Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

- (8) 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.

- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 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.

zu § 4 (9) MB/KT 2008:

Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 9 MB/KT 2008 Satz 1 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer - unbeschadet der Ansprüche auf Krankentagegeld - nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse

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 Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- 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 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. 8 und 9). 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 Rehabilitationssträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

zu § 5 (1) c MB/KT 2008:

Zugunsten des Versicherungsnehmers besteht abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KT 2008 Anspruch auf das tarifliche Krankentagegeld.

zu § 5 (1) d und e MB/KT 2008:

Zugunsten des Versicherungsnehmers besteht abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. d MB/KT 2008 Anspruch auf das tarifliche Krankentagegeld. Während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen wird für die Zeit der stationären Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim - ohne Rücksicht auf die tariflichen Karenzzeiten - das Krankentagegeld gezahlt.

- (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 gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

zu § 5 (1) g und (2) MB/KT 2008:

Für Arbeitsunfähigkeit bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationssträger nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit kann Krankentagegeld gezahlt werden, wenn der Versicherer dieses aufgrund eines ausführlichen Attestes vorher zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

§ 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.

zu § 6 (1) MB/KT 2008:

- a) Der Versicherungsnehmer soll die Nachweise auf den vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordrucken erbringen, die vom Versicherten und dem Behandler vollständig auszufüllen sind.
- b) Das Krankentagegeld wird nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen nach Maßgabe der eingereichten Nachweise gezahlt (vgl. dazu § 9 Abs. 1 MB/KT 2008).

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

- (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 Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

zu § 6 (4) MB/KT 2008:

Von den Leistungen können nur die Kosten für Übersetzungen aus außereuropäischen Sprachen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

- (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 (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendi-

gung 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 § 15 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

des 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 Änderungszeitpunkt an bis zum Be-

ginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

zu § 8 (1) MB/KT 2008:

Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif bzw. für nachträgliche Vertragsänderungen jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

zu § 8 (1) und (2) MB/KT 2008:

- a) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.
- b) Für Beitragsvorauszahlungen werden folgende Nachlässe gewährt:
- | | |
|-----------------------------|------|
| Vorauszahlung für 12 Monate | 3 % |
| Vorauszahlung für 6 Monate | 2 % |
| Vorauszahlung für 3 Monate | 1 %. |

- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

zu § 8 (3) MB/KT 2008:

Abweichend von § 8 Abs. 3 MB/KT 2008 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.

- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

zu § 8 (2) bis (4) MB/KT 2008:

Beiträge, die der Versicherer aufgrund einer ihm vom Versicherungsnehmer erteilten Abbuchungsermächtigung einzuziehen hat, gelten als rechtzeitig entrichtet, es sei denn, dass eine Abbuchung aus Gründen unterbleibt oder verzögert wird, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat.

- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38

i. V. m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus den Tarifbedingungen ergibt.

zu § 8 (5) MB/KT 2008:

Abweichend von § 8 Abs. 5 MB/KT 2008 kann die Höhe der Mahnkosten beim Versicherer erfragt werden.

- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) 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.

zu § 8 (6) MB/KT 2008:

Im Falle des Rücktritts gem. § 37 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) (nicht rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate) beträgt die Geschäftsgebühr gem. § 39 Abs. 1 Satz 3 VVG (siehe Anhang) zwei Monatsbeiträge.

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

zu § 8 MB/KT 2008:

Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmungen der Satzung. Wird sie ausgezahlt oder gutgeschrieben, so wird sie spätestens drei Monate nach der Hauptversammlung des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr gewährt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Am Ende des Kalenderjahres muss die betreffende Versicherung mindestens 12 Monate bestanden haben.
- b) Bis zum 30. Juni des Folgejahres muss die Versicherung in Kraft gewesen sein, es sei denn, sie endete vorher durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht.
- c) Für Arbeitsunfähigkeit der betreffenden versicherten Person während des abgelaufenen Kalenderjahres dürfen keine Versicherungsleistungen bezogen worden sein.
- d) Die Beiträge für das vergangene Kalenderjahr müssen fristgerecht ohne Mahnung nach § 38 VVG (siehe Anhang) entrichtet worden sein.
- e) Die Versicherungen der anspruchsberechtigten Personen dürfen in dem abgelaufenen Kalenderjahr weder als Anwartschaftsversicherungen geführt worden sein noch beitragsfrei geruht haben.

Für die Bemessung der Beitragsrückerstattung bleiben Beiträge für Anwartschaftsversicherungen unberücksichtigt.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

zu § 8a (1) MB/KT 2008:

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Für Kinder ist ab Ende

des Kalenderjahres, in dem sie das 14. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 15-19 Jahren und für Jugendliche ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 20 Jahren zu entrichten. § 19 Kalkulationsverordnung (KalV) findet Anwendung.

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei

Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

- (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.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer 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 dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, 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.

zu § 8b (1) MB/KT 2008:

Als Beobachtungseinheiten gelten: Männer und Frauen. Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.

- (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.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 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.

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.

zu § 9 (1) MB/KT 2008:

Der Eintritt von Arbeitsunfähigkeit ist spätestens innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit anzuzeigen. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit kann der Versicherer wöchentliche Nachweise verlangen. Diese sollen auf den Vordrucken des Versicherers erbracht werden.

zu § 9 (4) MB/KT 2008:

Zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hat die versicherte Person sich einer fortlaufenden Heilbehandlung zu unterziehen.

- (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

- (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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des

§ 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 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.

zu § 11 MB/KT 2008:

Nach allen Tarifen können Personen versichert werden, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und einkommensteuer-

pflichtig sind; nach Tarifen mit einer Karenzzeit von 42 und mehr Tagen außerdem solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

§ 11a

Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte (Tarifbedingungen)

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz von Verdienstaussfall geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.

- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 12

Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Bei-

tragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

zu § 13 (1) MB/KT 2008:

- a) Zur Definition des Versicherungsjahres vgl. die Tarifbedingung zu § 8 Abs. 1 MB/KT 2008.
- b) Eine Kündigung ist erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres möglich.

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

- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht 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 zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

zu § 13 (3) MB/KT 2008:

Bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht kann der dadurch entbehrlich gewordene Teil des Versicherungsverhältnisses

auch zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen nach Maßgabe der Bestimmungen über die Anwartschaftsversicherung (Tarif AwV) vorübergehend zum Ruhen gebracht werden.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

zu § 13 (4) MB/KT 2008:

Das Sonderkündigungsrecht gemäß § 13 Abs. 4 MB/KT 2008 gilt auch dann, wenn eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 18 Abs. 2 (höchstrichterliche Entscheidung oder bestandskräftiger Verwaltungsakt) zu einer Minderung der Leistungen führt.

- (5) 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.

- (6) 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.

§ 14

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.

zu § 14 (1) MB/KT 2008:

Der Versicherer beschränkt sein ordentliches Kündigungsrecht auf den Ablauffermin des zweiten und dritten Versicherungsjahres. Für Krankentagegeldversicherungen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger verzichtet der Versicherer auch auf dieses Kündigungsrecht, sofern die Krankentagegeldversicherung neben einer Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

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

zu § 14 (2) MB/KT 2008:

Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind. Hat der Versicherungsnehmer die

Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

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

zu § 14 (3) MB/KT 2008:

Für tariflich vorgesehene Anpassungen des Versicherungsschutzes, die nach Ablauf des 3. Versicherungsjahres beginnen, verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

- (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. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

zu § 14 (4) MB/KT 2008:

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 4 MB/KT 2008.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

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;
- 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;
- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) 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. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

zu § 15 a und b MB/KT 2008:

- a) Der Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente steht der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen (§§ 11 und 15 Abs. 1 Buchst. b MB/KT 2008) gleich.
- b) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder die Dauer der Berufsunfähigkeit 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 oder seit Eintritt der Berufsunfähigkeit, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

zu § 15 c MB/KT 2008:

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird. Das Versicherungsverhältnis kann unter Voraussetzung weiterer Versicherungsfähigkeit auf Antrag des Versicherungsnehmers über das 65. Lebensjahr hinaus zu den bisherigen Bedingungen weitergeführt werden. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf dieses Recht frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung hinweisen.

zu § 15 MB/KT 2008:

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung in Fällen der Risikoerhöhung oder -erweiterung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17

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 Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers 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 dem Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen 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.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 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 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

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Abschluss 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.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versiche-

ers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

- (1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 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 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 Auskunft- 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.

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

- (1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 86 Übergang von 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 Versiche-

rungsnehmers 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.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass
 1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann,
 2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,
 3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

§ 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 beginnenden 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.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen. Weitere Voraussetzung für die Begründung der Lebenspartnerschaft ist, dass die Lebenspartner eine Erklärung über ihren Vermögensstand (§ 6 Abs. 1) abgegeben haben.

- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder 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.