

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 1994 (MB/KT 94) §§ 1-18

Teil II Tarifbedingungen der AXA
Krankenversicherung AG (TB) Nr. 1-31

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

Nr. 1 Besondere Bedingungen

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

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

Nr. 2 Versicherungsfähigkeit

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

(2) Die Versicherungsfähigkeit kann auf bestimmte Berufe beschränkt sein.

(3) Nicht versicherungsfähig ist Verdienstaussfall aus Nebentätigkeiten, es sei denn, der Versicherer hat diese ausdrücklich als versicherungsfähig anerkannt.

(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.

(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.

Nr. 3 Leistungsvoraussetzungen, Teil-Arbeitsunfähigkeit

(1) Krankentagegeld wird für die nach Ablauf der Karenzzeit noch bestehende Dauer einer Arbeitsunfähigkeit gezahlt, in der die versicherte Person nach medizinischem Befund völlig arbeitsunfähig ist und keinerlei, auch nicht teilweiser Erwerbstätigkeit nachgeht.

(2) Der Versicherer leistet auch anteilig bei Teil-Arbeitsunfähigkeit. Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor,

- wenn im unmittelbaren Anschluß an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. § 1 Abs. (3) MB/KT 94 die berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund wieder teilweise aufgenommen wird bzw. werden kann und
- solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50% beträgt.

(3) Bei einer Teil-Arbeitsunfähigkeit wird höchstens für 6 Wochen geleistet. Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.

(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 verpflichtet. 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 (§ 8 a 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 nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei 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 Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Nr. 4 Ausland

(1) Für Arbeitnehmer wird der in § 1 Abs. (6) MB/KT 94 auf Deutschland beschränkte Geltungsbereich auf das europäische Ausland ausgedehnt.

(2) Für Selbständige wird der in § 1 Abs. (6) MB/KT 94 auf Deutschland beschränkte Geltungsbereich des Versicherungsschutzes auf das europäische Ausland ausgedehnt, solange nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnsitz ausgeschlossen ist. Dabei wird das Krankentagegeld nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.

(3) Die in § 1 Abs. (6) MB/KT 94 für das europäische Ausland bei stationärer Behandlung vorgesehene Leistung wird weltweit für alle versicherten Personen gezahlt.

(4) Soweit der Versicherungsschutz uneingeschränkt auf Europa ausgedehnt ist, entfällt die Beschränkung nach § 5 Abs. (1) f MB/KT 94 auf den Wohnsitz in Deutschland. Als Wohnsitz gilt dann der in einem europäischen Land.

§ 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.

Nr. 5 entfällt

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus einer 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 Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.

Nr. 6 Wartezeitverzicht

- (1) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten. Darüber hinaus verzichtet er auch auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeiten, wenn und solange der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung umfaßt. Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.
- (2) Bei nachweislich unmittelbarem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung schließt der Versicherungsschutz direkt an die Vorversicherung an.

(3) Wenn und soweit Wartezeiten vorgesehen sind, können diese aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muß, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeit wird dann nicht erlassen.

Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

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

Nr. 7 Erhöhung des Krankentagegeldes

(1) Der Versicherer bietet für Versicherte mit einer Krankheitskostenvollversicherung jeweils am Jahresanfang befristet und ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung des Krankentagegeldes an.

Das Erhöhungsangebot des Versicherers orientiert sich an der Steigerung der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Sozialversicherung und ist auf 5% des versicherten Krankentagegeldes begrenzt. Der Betrag wird auf volle 5 Euro gerundet.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise anzunehmen oder, wenn er nach mehreren Tarifen mit unterschiedlichen Karenzzeiten versichert ist, anders zu verteilen. Er darf das Erhöhungsangebot nicht annehmen, wenn sich das Nettoeinkommen (vgl. Nr. 10 der Tarifbedingungen) der versicherten Person nicht erhöht hat.

Erhöhungsangebote des Versicherers unterbleiben, sobald die geltenden Höchstgrenzen des versicherbaren Krankentagegeldes erreicht sind.

(2) Die versicherte Person kann eine Anpassung des Krankentagegeldes beantragen, wenn sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit erhöht hat. Dem Antrag ist ein Nachweis über das veränderte Nettoeinkommen beizufügen. Sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten nach der Veränderung gestellt wird, entfallen Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.

(3)

- a) Besteht bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, ein Versicherungsschutz mehr als drei Jahre, verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes um nicht mehr als 30% bzw. Tarifwechsel innerhalb der gleichen Versicherungsart auf die Einhaltung der Wartezeiten.
- b) Besteht bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, ein Versicherungsschutz keine drei Jahre oder ist die Erhöhung mehr als 30%, gilt § 3 MB/KT 94 sinngemäß für die Mehrleistung aus dem neuen Versicherungsschutz. Diese Einschränkung entfällt, soweit der Versicherungsschutz aufgrund einer im Tarif vorgesehenen allgemeinen Anpassung des Leistungsumfanges erhöht wird.

(4) Wartezeiten und auch eine erneute Gesundheitsprüfung entfallen auch insoweit, als der Versicherungsschutz zum Ersten der ersten drei Monate eines Kalenderjahres um nicht mehr als den Vomhundertsatz erhöht wird, welcher der Erhöhung des Vomhundertsatzes der allgemeinen Bemessungsgrundlage in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) zum 1.1. eines Jahres gegenüber dem Vorjahr entspricht. § 4 Abs. (2) MB/KT 94 findet Anwendung, jedoch wird das sich aus vorstehender Regelung insgesamt ergebende Krankentagegeld jeweils auf volle 5 Euro aufgerundet. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes tritt an dem auf die Willenserklärung folgenden Monatsersten in Kraft.

(5) Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt.

(6) Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend.

(7) Bei Änderung der Gehaltsfortzahlung einer versicherten Person gilt Nr. 9 der Tarifbedingungen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Nr. 8 Leistungsdauer

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

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

(3) Bei selbständig Tätigen werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet, wenn zwischen den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mehr als 28 Tage liegen. Eine Anrechnung erfolgt nur bei Tarifen mit mindestens 21 Karenztagen.

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

(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.

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

Nr. 9 Entgeltfortzahlung

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

(2) Bei Angestellten wird die Karenzzeit im Falle der Änderung der Lohnfortzahlung ohne Risikoprüfung angepaßt, wenn der Nachweis innerhalb zweier Monate nach Änderung erbracht wird.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, daß das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge 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.

Nr. 10 Nettoeinkommen

- (1) Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar.
- (2) Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% der Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb bzw. Land- und Forstwirtschaft nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes versicherbar.
- (3) Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.
- (4) Der Versicherer verzichtet auf das Recht, den Versicherungsschutz wegen einer Verminderung des Nettoeinkommens herabzusetzen, wenn bei ihm und anderen Krankenversicherern nicht mehr als ein Krankentagegeld von 20,45 Euro versichert ist.
- (5) Das Nettoeinkommen bei Abschluß des Vertrages und während der Vertragslaufzeit sowie die Dauer der Gehaltsfortzahlung und deren Veränderungen sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

(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 Nachweise 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.

Nr. 11 Beitragsrückerstattung (BRE)

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.

Dies kann geschehen durch:

Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

(4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, daß

- a) ein Tarif, für den Beitragsrückerstattung gezahlt werden soll, während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,

- b) Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden,
- c) die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten 7 Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde).

(5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifes maßgebend, die für den Juni des abgelaufenen Geschäftsjahres zu zahlen war.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind;

Nr. 12 Fortfall von Leistungseinschränkungen

Der Leistungsausschluß gemäß § 5 Abs. (1)c entfällt.

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

Nr. 13 Schwangerschaft

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

- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, daß die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

Nr. 14 Mutterschutz-Pauschale

Der Tarif kann Regelungen für eine Mutterschutz-Pauschale vorsehen.

- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz 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 Wohnsitzes 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 Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Nr. 15a Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Werden aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung (ausgenommen Tarif KUR) Leistungen bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung erbracht, dann wird - soweit es sich nicht um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt und die Karenzzeit abgelaufen ist - auch Krankentagegeld gezahlt. Dies jedoch längstens für 28 Tage.

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

Nr. 15b Gemischte Anstalt

Bei Inanspruchnahme einer gemischten Anstalt besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld nur, soweit die Voraussetzungen des § 4 Abs. 9 MB/KT erfüllt sind.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 16 Termin der Auszahlung/Kosten der Nachweise

Fällige Krankentagegelder werden bedingungsgemäß nachträglich für die nachgewiesene Dauer ausgezahlt.

(2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers auf § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.

Nr. 17 Legitimation des Überbringers

Bestehen Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders, zahlt der Versicherer das Krankentagegeld an den Versicherungsnehmer.

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

Nr. 18 Überweisungs- und Übersetzungskosten

Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

(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 Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 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 der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

Nr. 19 Eintrittsalter

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

(2) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(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.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.

Nr. 20 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlaß

(1) Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(2) Wird der Beitrag für 12 Monate im voraus gezahlt, so ermäßigt er sich um 3%, bei 6-monatiger Vorauszahlung um 2%.

(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.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

Nr. 21 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den jeweils gültigen "Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)", auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen, vereinbaren.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche 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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Altersrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge 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 häufiger Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt.

Nr. 22 Anpassungsfaktor

Der in Abs. 1 Satz 3 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrundeliegenden Tarifen 10%.

(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) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 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 wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Nr. 23 Obliegenheiten nach eingetretener Arbeitsunfähigkeit

Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen auf den von ihm zur Verfügung gestellten Vordrucken - mindestens aber in 14-tägigen Abständen - nachzuweisen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

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

Nr. 24a Anspruchsverlust

Bei einem Verstoß gegen die Bestimmungen unter TB Nr. 23 kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 6 Abs. 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen.

§ 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.

Nr. 24b Recht auf Umwandlung

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 ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit für die berufliche Tätigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von begründeten besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

§ 12 Aufrechnung

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

Nr. 25 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

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

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

Nr. 26 entfällt

(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 zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund einer 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 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(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.

Nr. 27 Kündigungsverzicht

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Selbständigen, wenn und solange die Krankentagegeldversicherung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

(2) Der Versicherer verzichtet auf das Kündigungsrecht gemäß § 41 Abs. (2) VVG und auf die Anwendung von § 41 Abs. (1) VVG.

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

Nr. 28 Zeitliche Begrenzung des Rücktrittsrechts

Der Rücktritt gemäß den §§ 16 bis 20 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) - schuldhaft Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht - ist ausgeschlossen, wenn seit Abschluß des Versicherungsvertrages bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes 3 Jahre verstrichen sind.

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

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

§ 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;

Nr. 29a Arbeitslosigkeit

(1) Wird ein Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, so erhält er bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit über die drei Monate des § 15 a) MB/KT 94 hinaus Krankentagegeld. Dies insgesamt bis zu 12 Monaten seit Beginn der Arbeitslosigkeit.

(2) Diese erweiterte Nachleistung gilt unter der Voraussetzung, daß der Versicherungsnehmer eine Bestätigung des Arbeitsamtes vorlegt, wonach er sich als Arbeitssuchender gemeldet hat und keine Leistungen erhält, und wenn eine Bestätigung des Arbeitgebers über das Ende des Dienstverhältnisses vorgelegt wird.

(3) Die Versicherung endet zum Ende des Monats, in dem die Nachleistungsdauer endet.

Nr. 29b Umschulung

Die Versicherungsfähigkeit endet auch dann, wenn eine versicherte Person umgeschult wird. Nr. 24b gilt entsprechend.

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;

Nr. 30 Berufsunfähigkeit

(1) Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet die Gesellschaft aufgrund der eingereichten

bzw. von ihr eingeholten Nachweise und teilt ihren Bescheid durch eingeschriebenen Brief mit.

(2) Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente

Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 15 b MB/KT 94 liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bei Unfähigkeit des Versicherten, mehr als vier Stunden kalendertäglich erwerbstätig zu sein, bezieht. Die Differenz zwischen der Rentenzahlung und dem vertraglich vereinbarten Tagegeld wird für längstens 3 Monate nach Beginn der Rentenzahlung ausgezahlt, sofern nicht bereits wegen festgestellter Berufsunfähigkeit die 3-monatige Nachleistung in Anspruch genommen wurde. Rentenzahlungen wegen vermuteter Berufsunfähigkeit (§ 2 Abs. 3 BUZ) werden nicht angerechnet.

Wegen Bezuges einer Rente aufgrund lediglich vermuteter Berufsunfähigkeit (§ 2 Abs. 3 BUZ) endet das Versicherungsverhältnis nicht.

Nr. 31 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits- Erwerbsminderungsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs der Erwerbsminderungsrente bzw. Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das ursprüngliche Versicherungsverhältnis tritt auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem der Versicherungsnehmer die o. g. Ereignisse nachweist.

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

Nr. 32 Verlängerung des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis der versicherten Person kann auf Antrag des Versicherungsnehmers über das 65. Lebensjahr hinaus fortgeführt werden, wenn und solange Versicherungsfähigkeit gemäß Nr. 2 der Tarifbedingungen besteht; auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise vorzulegen.

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;

Nr. 33 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 6 MB/KT 94 gilt entsprechend.

e) mit dem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

(3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden

- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
- c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des

Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

In den Fällen der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

(2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

(3) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungs text gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 2 gilt entsprechend.

Gültig ab 12/01