

TEIL I: RAHMENBEDINGUNGEN 1994 (RB/KT 94)

TEIL II: TARIFBEDINGUNGEN (TB/KT 99)

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 gewährt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (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.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarifbedingungen und Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) 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.
- (6) 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 Wag-nis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Beitragszuschlag (§ 10 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.

Teil II: § 1

zu § 1 (2) RB/KT 94 Versicherungsfall

Sofern der Arbeitgeber Zeiten der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten nach den Tarifen mit mindestens 42 Karenztage bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgeltes berechnungsgemäß zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 (2) RB/KT 94 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefaßt.

Teil II: § 2

zu § 1 (5) RB/KT 94 Geltungsbereich

- (1) Bei Aufenthalt im europäischen Ausland sowie bei einem vorübergehenden Aufenthalt mit einer maximalen Dauer von drei Monaten in den mittelmeerangrenzenden Ländern (einschließlich Kanarische Inseln), USA, Kanada, Australien oder Neuseeland wird für dort akut eintretende Krankheiten oder Unfälle das versicherte Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach § 4 (8) RB/KT 94 erfüllt, gezahlt.
- (2) Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt mit einer maximalen Dauer von drei Monaten in einem Staat der Europäischen Union oder der Schweiz werden ergänzend zu § 1 (5) RB/KT 94 Leistungen für die Zeit einer dort eintretenden völligen Arbeitsunfähigkeit, in der keine

stationäre Heilbehandlung stattfindet, erbracht. Dabei wird das vereinbarte Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit für maximal 30 Tage gezahlt. § 5 (1) f) RB/KT 94 findet insofern keine Anwendung. Für einen über die Dauer von drei Monaten hinausgehenden vorübergehenden Aufenthalt in einem der oben genannten Staaten können nach vorheriger Absprache besondere Vereinbarungen getroffen werden.

- (3) Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach (1) oder (2) ist der Reisebeginn nachzuweisen.
- (4) Bei Wegzug der versicherten Person in einen anderen Staat innerhalb des Tätigkeitsgebietes der CENTRAL können vor Wegzug zum Versicherungsschutz besondere Vereinbarungen getroffen werden.

§ 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 und in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 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 Vereinbarung 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 Krankengeldanspruches 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 Abweicheung von § 2 im unmittelbaren Anschluß beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II: § 3

zu § 3 RB/KT 94 Wartezeiten

(1) zu § 3 (2) und (3) RB/KT 94

a) Abweichend von § 3 (2) und (3) RB/KT 94 verzichtet der Versicherer bei Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung zum Versicherer wechseln, auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn und solange der Versicherungsschutz eine Krankheitskostenvollversicherung umfaßt. Voraussetzung ist, daß die Versicherung im unmittelbaren Anschluß an die bisherige Versicherung beginnt.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person bei dem bisherigen Versicherer Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht und entsprechend weiter vereinbart wird.

b) Bei Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird unter den in § 3 (5) Satz 2 RB/KT 94 genannten Voraussetzungen die nachweislich in der gesetzlichen Krankenversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit abweichend von § 3 (5) Satz 1 RB/KT 94 auch über die Höhe des bisherigen Krankengeldanspruches hinaus auf die Wartezeiten angerechnet.

c) Abweichend von § 3 (3) RB/KT 94 entfallen die besonderen Wartezeiten bei Unfällen.

(2) zu § 3 (4) RB/KT 94

Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen

ärztliche Zeugnisse auf den vom Versicherer vorgeschriebenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen.
- (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.
- (4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, daß das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, 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.
- (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.
- (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. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 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.

§ 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 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, 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.
- (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 Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall

arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II: § 4

zu § 5 RB/KT 94 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Für Versicherte der Tarifstufen mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen werden für Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter nach § 3 Abs. 2 Mutterschutzgesetz und Wöchnerinnen nach § 6 Abs. 1 und 2 Mutterschutzgesetz in einem Arbeitsverhältnis die tariflichen Leistungen erbracht. Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) RB/KT 94 entfällt somit für diesen Zeitraum. Satz 1 und 2 gelten sinngemäß auch für Selbstständige für die versicherten Tarifstufen mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen.
- (2) Abweichend von § 5 (2) RB/KT 94 wird das versicherte Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort gezahlt.
- (3) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) c) RB/KT 94 findet keine Anwendung.

§ 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.
- (2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Überweisungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II: § 5

zu § 6 (4) RB/KT 94 Überweisungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut, bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Sie beträgt nach § 12 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) zwei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch beim Versicherer angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 17, 18, 19 Abs. 1 d) bis f)). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 18 Abs. 1, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- (2) Der Versicherungsschutz endet ebenfalls mit Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit), mit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (§ 19 Abs. 1 a) bis c)). Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet die Leistungspflicht des Versicherers nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem er seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt dieses Ereignisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 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, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw. zurückzahlen.
- (2) Wird der Beitrag 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, 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 unverzüglich nach Auslieferung des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor Ablauf einer Widerspruchsfrist nach § 5 a VVG zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet. Erfolgt die Zahlung nicht spätestens 14 Tage nach Fälligkeit und leistet der Versicherungsnehmer eine schriftlichen, mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen versehenen Mahnung keine Folge, ist der Versicherer für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherer in der Mahnung auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (4) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung schriftlich anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherer in der Mahnung auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn die Beitragsforderung nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer mit einem Folgebeitrag bzw. einer Folgebeitragsrate nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (7) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (8) Ist vereinbart, daß der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach schriftlicher Zahlungsaufforderung nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer schriftlich zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.
- (9) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (10) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet (vgl. aber § 17 Abs. 3). Sie sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II: § 6

zu § 9 (1) RB/KT 94 Monatliche Beitragsrate

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht, der jeweiligen Art der beruflichen Tätigkeit und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person.

§ 10 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 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 an gerechnet 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 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.

§ 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer 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.
- (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.

Teil II: § 7

zu § 11 (1) RB/KT 94 Beitragsanpassung

Der Vomhundertsatz beträgt 5.

§ 12 Überschußbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschußbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des VAG der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung 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. Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

§ 13 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.
- (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) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, als zugegangen.
- (6) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (7) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II: § 8

zu § 13 (1) RB/KT 94 Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum 1. Tag des tariflich festgelegten Leistungsbeginns anzu-

zeigen. Der Anzeige ist das Original der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Bezeichnung der Krankheit beizufügen oder innerhalb der 1. Woche nachzureichen.

(2) Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer wöchentlich nachzuweisen.

§ 14 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 § 13 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 13 Abs. 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt, 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.

§ 15 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit), der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (vgl. § 19 Abs. 1 a) bis c)) 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 Eintritt dieses Ereignisses empfangenen Leistungen, soweit sie nicht vertraglich geschuldet sind, einander zurückzugewähren.

§ 16 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, 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 der Beitrag 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) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, daß bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, 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.
- (6) 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.
- (7) 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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der

Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, daß die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II: § 9

zu § 17 (1) RB/KT 94 Versicherungsjahr

- (1) Bei erstmaligem Vertragsabschluß mit Versicherungsbeginn vor dem 1.1.1998 gilt:
 - a) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.
 - b) Werden nachträglich weitere Tarife abgeschlossen, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages. Die folgenden Versicherungsjahre werden dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages angepaßt.
 - c) Entsprechendes gilt für alle sonstigen Vertragsänderungen, einschließlich der nachträglichen Mitversicherung von Personen.
- (2) Bei erstmaligem Vertragsabschluß mit Versicherungsbeginn ab dem 1.1.1998 gilt:

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

§ 18 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.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder 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 § 17 Abs. 3.

Teil II: § 10

zu § 18 (1) RB/KT 94 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

- (1) Wurde bei einem Wechsel aus einer privaten Krankenversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten nach § 3 (1) a) TB/KT 99 verzichtet oder wurde eine Vorversicherung nach § 3 (5) RB/KT 94 angerechnet, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bis zur Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes bzw. in Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs, wenn und solange der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung umfaßt.
- (2) Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei späterer Vereinbarung eines Krankentagegeldtarifes mit verkürzter Karenzzeit kann der Versicherer die veränderte Vereinbarung in den folgenden drei Versicherungsjahren kündigen.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
 - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe der Erwerbstätigkeit) zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, 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, 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 einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, 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 Rentenbezug;

- d) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird;
 - e) mit dem Tod. Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären;
 - f) mit dem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.
- (2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (insbesondere Aufgabe einer Erwerbstätigkeit), wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Wegfalls der Voraussetzung, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall der Voraussetzung, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

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 von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

Teil II: § 11

zu § 19 (1) d) RB/KT 94 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Vollendet die versicherte Person das 65. Lebensjahr, kann eine Vertragsfortsetzung – gegebenenfalls zu neuen Bedingungen oder nach anderen Tarifen – vereinbart werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 21 Klagefrist/Gerichtsstand

- (1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs 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 am Sitz der vertragsführenden Niederlassung 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, wo der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.
- (4) Hat der Versicherungsnehmer keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland oder hat er nach Vertragsschluß seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegt oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 22 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 der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Klagefrist und 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 Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 3 gilt entsprechend.