

Versicherungsbedingungen

für die Krankentagegeldversicherung
einschließlich Musterbedingungen

Stand: 1.1.2006

Europa Krankenversicherung AG
Direktion: Piusstraße 137, 50931 Köln
www.continentale.de



Inhaltsübersicht

	Seite
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 1a VAG	3
MB/KT 94 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 94)	3
VVG Anhang zu den MB/KT 94 (VVG)	7
Tarif V Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V	8
Tarif VA Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA	10
Tarife ANV und AWVA Anwartschaftsversicherung	13
Merkblatt zur Datenverarbeitung	13

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein **Wechsel** des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 94)

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.
- (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 (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 Berech-

nungsgrundlage 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.

§ 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.

§ 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 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.
- (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.
- (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 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.
- (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 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.

§ 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 Alkoholenuss 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 (Mutter-schutz). 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, 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.
- (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.

§ 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 Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (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 Arbeitsunfähigkeit 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 Beitragsra-

ten 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.

- (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 unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.
- (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.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a 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 (Lebensaltergruppe) 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 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.

§ 8 b 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.

§ 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.
- (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.

§ 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.

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

- (1) 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 Vor-

aussetzung 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 nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird;
 - 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) 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 oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von 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 oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekannt werden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.
 - (3) 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Klagefrist/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 zurzeit 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 der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 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 Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 3 gilt entsprechend.

Anhang zu den MB/KT 94

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 6 Verletzung einer Obliegenheit

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit der Versicherungsleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
- (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlusszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- (3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

§ 38 Verspätete Zahlung der Erstprämie

- (1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39 Verspätete Zahlung einer Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 94)

und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden selbstständig Erwerbstätigen und Arbeitnehmer im Alter von 16 bis 65 Jahren. Eine Weiterversicherung von Personen über 65 Jahre kann zu besonderen Bedingungen vereinbart werden. Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

3. Versicherungsumfang

a) Das Mindestkrankentagegeld beträgt 1,- Euro. Es kann in ganzen Vielfachen davon versichert oder nachträglich erhöht werden und darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (§ 4 Abs. 2 MB/KT 94) nicht übersteigen.

b) Die Versicherung kann mit Leistungsbeginn ab dem 4., 8., 15., 22., 29., 43., 64., 92., 183., 274., 365. und 547. Tag der Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung vereinbart werden. Bei den Leistungsbeginnen 4. und 8. Tag ist eine begrenzte Leistungsdauer bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit möglich.

4. Wartezeiterlass

a) Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

b) Die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, gilt abweichend von § 3 Abs. 5 MB/KT 94 auch dann, wenn ein geringerer Krankengeldanspruch als das versicherte Krankentagegeld oder kein Krankengeldanspruch bestand. Diese Anrechnung erfolgt bis zur Höhe des für die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung höchstmöglichen Krankengeldanspruchs; frühestmöglicher Leistungsbeginn ist in diesem Fall der 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung ist, dass gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a. G. oder der Europa Krankenversicherung AG besteht.

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

§§ 2 und 3 MB/KT 94 gelten entsprechend für die Mehrleistungen nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Bei Abschluss des Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das 1. Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei,

so endet ihr 1. Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

1. Leistungshöhe

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

2. Leistungsdauer

Das versicherte Krankentagegeld wird je Versicherungsfall für jeden Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 MB/KT 94) einschließlich der Sonn- und Feiertage nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt:

a) ohne zeitliche Begrenzung nach Tarifstufe

V 4	} ab dem	4.	} Tag der Arbeitsunfähigkeit
V 8		8.	
V 15		15.	
V 22		22.	
V 29		29.	
V 43		43.	
V 64		64.	
V 92		92.	
V 183		183.	
V 274		274.	
V 365		365.	
V 547		547.	

b) mit zeitlicher Begrenzung

nach Tarifstufen mit einem Leistungsbeginn am 4. oder 8. Tag und einem Leistungsende am 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit innerhalb der Leistungsdauer, die durch den vereinbarten Leistungsbeginn und das vereinbarte Leistungsende bestimmt ist.

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 a) bzw. b) MB/KT 94.

II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 94 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.

2. Für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später erstreckt sich der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.

3. Abweichend von § 5 Abs. 1 c) MB/KT 94 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.

4. Abweichend von § 5 Abs. 1 d) MB/KT 94 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.

5. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 e) MB/KT 94 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.

III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

1. Die Arbeitsunfähigkeit ist durch Vorlage einer die Krankheit bezeichnenden ärztlichen Bescheinigung dem Versicherer spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, an dem dessen Leistungspflicht beginnt.

Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit muss auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten, vom Behandler auszufüllenden Vordruck wöchentlich nachgewiesen werden.

Sobald der Versicherte wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig ist, hat der Versicherungsnehmer das binnen drei Tagen anzuzeigen.

2. Ein Wechsel des Behandlers, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 94 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 6 Abs. 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 94).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KT 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung. Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

2. Monatliche Beitragsraten

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

3. Beitragszuschläge

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

4. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

D) Beitragsrückerstattung

1. Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann durch Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen geschehen.
2. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats und im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.

E) Ende und Weiterführung der Versicherung

1. Besondere Kündigungsbestimmungen

- a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird verzichtet, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a. G. oder der Europa Krankenversicherung AG besteht.

Für den Fall, dass Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs, wenn eine Vorversicherung nach § 3 Abs. 5 MB/KT 94 berücksichtigt wurde.

- b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei Vereinbarung eines früheren Leistungsbeginns kann der Versicherer die Vereinbarung über diese Mehrleistungen zum Ende

des laufenden Versicherungsjahres oder zum Ende eines der folgenden zwei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. § 7 Satz 2 MB/KT 94 gilt entsprechend.

Der Versicherer verzichtet bei Anpassung des Versicherungsschutzes gemäß Abschnitt F auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn auch für die bestehende Versicherung kein ordentliches Kündigungsrecht ausgeübt werden kann.

2. Weiterführung der Versicherung

- a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

Bei einer Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag für die Dauer der Dienstleistung als Ruhensversicherung fortzuführen; ansonsten endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des der Einberufung folgenden Monats.

- b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

Bei vorübergehender Nichtausübung der selbstständigen Tätigkeit trotz Arbeitsfähigkeit und bei Arbeitslosigkeit ruhen die beiderseitigen Rechte und Pflichten bis zur Dauer von zwölf Monaten. Mit Ablauf dieser Zeit erlischt die Versicherung für die betroffenen Personen.

Beginn und Ende der Arbeitslosigkeit sind durch Vorlage geeigneter Bescheinigungen nachzuweisen.

- c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 15 Abs. 1 a) MB/KT 94 in Verbindung mit Abschnitt A 2 der Tarifbedingungen) kann die Versicherung für die Dauer des Rentenbezugs als Anwartschaftsversicherung weitergeführt werden. Bei Bezug von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung kann der Ausfall eines zusätzlich erzielten Arbeitsentgelts bis zu dem im Rentenbescheid angegebenen höchstmöglichen Hinzuverdienst unter Wahrung der bisherigen Rechte versichert werden; im Hinblick auf die Höhe und den Leistungsbeginn des zu versichernden Krankentagegeldes sowie die grundsätzliche Aufnahmefähigkeit des ausgeübten Berufs gelten die jeweils aktuellen Annahmenvoraussetzungen für das Neugeschäft. Für das zusätzlich erzielte Arbeitsentgelt darf die Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes nicht überschritten werden. Eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 Abs. 2 MB/KT 94 wird um die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes reduziert.

- d) Vollendung des 65. Lebensjahres

Abweichend von § 15 Abs.1 c) MB/KT 94 endet das Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres, sofern nicht eine Weiterversicherung vereinbart worden ist.

- e) Ehescheidung

Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil vor, haben die geschiedenen Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile selbstständig fortzuführen, soweit die Voraussetzungen dann noch vorliegen.

F) Anpassung des Versicherungsschutzes

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsent-

gelt und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, oder zum 1. des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

G) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

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 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KT 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KT 94 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes, der Leistungsbeginn und gegebenenfalls das Leistungsende sind aus der Tarifbezeichnung ersichtlich.

Zum Beispiel:

V 8/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich

V 43/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,- Euro Krankentagegeld täglich

V 8-42/50 = ab dem 8. bis 42. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 94)

und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit bis zum vollendeten 65. Lebensjahr alle Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, soweit sie eine selbstständige Praxis ausüben oder angestellt sind. Eine Weiterversicherung von Personen über 65 Jahre kann zu besonderen Bedingungen vereinbart werden. Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

3. Versicherungsumfang

a) Das Mindestkrankentagegeld beträgt 1,- Euro. Es kann in ganzen Vielfachen davon versichert oder nachträglich erhöht werden und darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (§ 4 Abs. 2 MB/KT 94) nicht übersteigen.

b) Die Versicherung kann mit Leistungsbeginn ab dem 1., 4., 8., 15., 22., 29., 43., 64., 92., 183., 274. und 365. Tag der Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung vereinbart werden.

4. Wartezeiterlass

a) Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

b) Die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, gilt abweichend von § 3 Abs. 5 MB/KT 94 auch dann, wenn ein geringerer Krankengeldanspruch als das versicherte Krankentagegeld oder kein Krankengeldanspruch bestand. Diese Anrechnung erfolgt bis zur Höhe des für die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung höchstmöglichen Krankengeldanspruchs; frühestmöglicher Leistungsbeginn ist in diesem Fall der 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung ist, dass gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a. G. oder der Europa Krankenversicherung AG besteht.

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

§§ 2 und 3 MB/KT 94 gelten entsprechend für die Mehrleistungen nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Bei Abschluss des Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das 1. Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr 1. Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

1. Leistungshöhe

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

2. Leistungsdauer

Das versicherte Krankentagegeld wird je Versicherungsfall für jeden Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 MB/KT 94) einschließlich der Sonn- und Feiertage nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt:

nach Tarifstufe	
VA 1	1.
VA 4	4.
VA 8	8.
VA 15	15.
VA 22	22.
VA 29	29.
VA 43	43.
VA 64	64.
VA 92	92.
VA 183	183.
VA 274	274.
VA 365	365.

ab dem Tag der Arbeitsunfähigkeit

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 a) bzw. b) MB/KT 94.

II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 94 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
2. Für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später erstreckt sich der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.
3. Abweichend von § 5 Abs. 1 c) MB/KT 94 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
4. Abweichend von § 5 Abs. 1 d) MB/KT 94 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
5. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 e) MB/KT 94 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.

III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

1. Die Arbeitsunfähigkeit ist durch Vorlage einer die Krankheit bezeichnenden ärztlichen Bescheinigung dem Versicherer spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, an dem dessen Leistungspflicht beginnt.
Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit muss auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten, vom Behandler auszufüllenden Vordruck wöchentlich nachgewiesen werden.
Sobald der Versicherte wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig ist, hat der Versicherungsnehmer das binnen drei Tagen anzuzeigen.
2. Ein Wechsel des Behandlers, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 94 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 6 Abs. 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 94).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KT 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung. Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

2. Monatliche Beitragsraten

3. Beitragszuschläge

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

4. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

D) Beitragsrückerstattung

1. Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann durch Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen geschehen.
2. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats und im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.

E) Ende und Weiterführung der Versicherung

1. Besondere Kündigungsbestimmungen

a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird verzichtet, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a. G. oder der Europa Krankenversicherung AG besteht.

Für den Fall, dass Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs, wenn eine Vorversicherung nach § 3 Abs. 5 MB/KT 94 berücksichtigt wurde.

b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei Vereinbarung eines früheren Leistungsbeginns kann der Versicherer die Vereinbarung über diese Mehrleistungen zum Ende des laufenden Versicherungsjahres oder zum Ende eines der folgenden zwei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. § 7 Satz 2 MB/KT 94 gilt entsprechend.

Der Versicherer verzichtet bei Anpassung des Versicherungsschutzes gemäß Abschnitt F auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn auch für die bestehende Versicherung kein ordentliches Kündigungsrecht ausgeübt werden kann.

2. Weiterführung der Versicherung

a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

Bei einer Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag für die Dauer der Dienstleistung als Ruheversicherung fortzuführen; ansonsten endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des der Einberufung folgenden Monats.

b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

Bei vorübergehender Nichtausübung der selbstständigen Tätigkeit trotz Arbeitsfähigkeit und bei Arbeitslosigkeit ruhen die beiderseitigen Rechte und Pflichten bis zur Dauer von zwölf Monaten. Mit Ablauf dieser Zeit erlischt die Versicherung für die betroffenen Personen.

Beginn und Ende der Arbeitslosigkeit sind durch Vorlage geeigneter Bescheinigungen nachzuweisen.

c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 15 Abs. 1 a) MB/KT 94 in Verbindung mit Abschnitt A 2 der Tarifbedingungen) kann die Versicherung für die Dauer des Rentenbezugs als Anwartschaftsversicherung weitergeführt werden. Bei Bezug von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung kann der Ausfall eines zusätzlich erzielten Arbeitsentgelts bis zu dem im Rentenbescheid angegebenen höchstmöglichen Hinzuverdienst unter Wahrung der bisherigen Rechte versichert werden; im Hinblick auf die Höhe und den Leistungsbeginn des zu versichernden Krankentagegeldes sowie die grundsätzliche Aufnahmefähigkeit des ausgeübten Berufs gelten die jeweils aktuellen Annahmeveraussetzungen für das Neugeschäft. Für das zusätzlich erzielte Arbeitsentgelt darf die Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes nicht überschritten werden. Eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 Abs. 2 MB/KT 94 wird um die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes reduziert.

d) Vollendung des 65. Lebensjahres

Abweichend von § 15 Abs. 1 c) MB/KT 94 endet das Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres, sofern nicht eine Weiterversicherung vereinbart worden ist.

e) Ehescheidung

Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil vor, haben die geschiedenen Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile selbstständig fortzuführen, soweit die Voraussetzungen dann noch vorliegen.

F) Anpassung des Versicherungsschutzes

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, oder zum 1. des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

G) Tarifierpassung

1. Beitragsanpassung

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 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KT 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KT 94 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes und der Leistungsbeginn sind aus der Tarifbezeichnung ersichtlich.

Zum Beispiel:

VA 8/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich

VA 43/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,- Euro Krankentagegeld täglich

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Abschlussfähigkeit

Für die Tarife V und VA kann eine Anwartschaftsversicherung mit Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B abgeschlossen werden, um für die versicherte Person erworbene Rechte zu erhalten oder zu begründen, und zwar bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht Anspruch auf Familienhilfe, freier Heilfürsorge, längerem Auslandsaufenthalt, außergewöhnlicher, wirtschaftlicher Notlage oder vergleichbaren, schwer wiegenden Gründen.

2. Versicherungsbedingungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs, für den die Anwartschaftsversicherung besteht, entsprechend, soweit nachstehend keine abweichende Regelung getroffen ist.

3. Versicherungsdauer

Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen. Eine vorzeitige Übernahme in den vereinbarten Tarif kann nur mit Zustimmung des Versicherers erfolgen.

B) Leistungen des Versicherers

Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – leistungsfrei. Der Versicherer ist mit Beendigung der Anwartschaftsversicherung zur Übernahme in den vereinbarten Tarif zu folgenden Bedingungen verpflichtet:

1. Beitragsberechnung

Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung sind die vollen tariflichen Beiträge, die sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergeben, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.

2. Versicherung erschwerter Risiken

Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

3. Wartezeiten

Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Beitrag

Der Anwartschaftsbeitrag beträgt
– 20 % des Beitrags für den vereinbarten Tarif V,
– 40 % des Beitrags für den vereinbarten Tarif VA.

2. Vorzeitige Beendigung

Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder die Versicherung aus anderen Gründen nicht wirksam, so erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

D) Beitragsrückerstattung

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für die Zeit der Anwartschaftsversicherung nicht.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch –

außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungserklärung enthalten. Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag,

Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

3. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

4. Datenverarbeitung in und außerhalb des Versicherungsverbandes

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Gruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungs-Nummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Versicherungs-Nummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen des Versicherungsverbandes abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geld-
eingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind auch nur innerhalb des Versicherungsverbandes abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten –

bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserem Versicherungsverband gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

Continentale Krankenversicherung a. G.,
Continentale Lebensversicherung a. G.,
Continentale Sachversicherung AG,
Europa Krankenversicherung AG,
Europa Lebensversicherung AG und
Europa Sachversicherung AG.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Zurzeit kooperieren wir mit:

Münchener Kapitalanlage AG und Aachener Bausparkasse AG.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 5.

5. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Versicherungsgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungs-Nummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu: Sie werden hierüber informiert.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

