

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif V

(Stand 1.7.2005)

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

Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 25 des Deutscher Ring Krankenversicherungs- verein a.G. - im Folgenden: Deutscher Ring -

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaustausch 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.

Nr. 1

Wird innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit festgestellt, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit auf die Aufschubzeit angerechnet.

Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, so gilt hierfür keine neue Aufschubzeit. Als Aufschubzeit gilt der Zeitraum zwischen dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, und dem vereinbarten Beginn der tariflichen Krankentagegeldleistung.

3 Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Nr. 2

Der Deutsche Ring leistet bei Teilarbeitsunfähigkeit, sofern die Tarifstufe dies vorsieht. Insoweit gilt § 1 Absatz 3 MB/KT 94 nicht.

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 Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.

6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt; für Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Nr. 3

Bei Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz in gleicher Weise wie im europäischen Ausland.

§ 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.

Nr. 4

Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Arbeitsunfähigkeitstage geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Aufschubzeit liegen. Dabei rechnet die Aufschubzeit auch in diesem Falle ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Nr. 5

Bei einem Wechsel der Tarifstufe oder einer Erhöhung des Krankentagegeldes gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels bzw. der Erhöhung als Beginn des neuen Versicherungsschutzes. Soweit sich Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen für „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KT 94) entsprechend.

Bei der Beitragsberechnung werden Beitragshöhe und Dauer der bisherigen Versicherung berücksichtigt.

§ 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.

Nr. 6

Die vorstehenden besonderen Wartezeiten entfallen. Soweit nach Tarifbedingung Nr. 13 eine Leistung für Entbindungen vorgesehen ist, gilt für diese eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.

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

Nr. 7

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Deutschen Ring zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Deutschen Ring innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung zugehen.

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

Nr. 8

Zugunsten des Versicherungsnehmers erfolgt die Anrechnung auf die Wartezeiten unabhängig von der Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs.

Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

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.

Nr. 9

Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei

Selbständigen:

80 % des Bruttoeinkommens (Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG) aus selbständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus Gewerbebetrieb;

Arbeitnehmern:

80 % des Bruttoeinkommens aus nichtselbständiger Tätigkeit.

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.

Nr. 10

Der Deutsche Ring bietet den Versicherungsnehmern in Zeitabständen von mindestens 3 Jahren eine Anpassung des vereinbarten Krankentagegeldes entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung an. Für diese Anpassung entfallen erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Die Anpassung wird wirksam, wenn der Versicherungsnehmer das Angebot durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Deutschen Ring innerhalb von 4 Wochen annimmt. Das erhöhte Krankentagegeld gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang der Annahmeerklärung beim Deutschen Ring folgt.

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.

Nr. 11

Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 9 MB/KT 94 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Deutschen Ringes bedarf es nicht.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

- 1** Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- 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;
 - wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

Nr. 12

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c MB/KT 94 entfällt.

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

Nr. 13

Aus Versicherungsverhältnissen nach den Tarifstufen V 606, V 613, V 626, V 652 oder V 943 zahlt der Deutsche Ring – das Krankentagegeld auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt beruht, – eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes bei jeder Entbindung, unabhängig von der tariflichen Aufschubzeit.

- während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- 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;
- während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Nr. 14

Aus Versicherungsverhältnissen nach den Tarifstufen V 606, V 613, V 626, V 652 oder V 943 zahlt der Deutsche Ring Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während der Rehabilitationsmaßnahmen nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit, wenn und soweit der Deutsche Ring aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Deutsche Ring kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

- 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

- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden dem Eigentum des Versicherers.
- Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).
- Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.
- Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- 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 Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

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.

Nr. 15

Die Höhe des Monatsbeitrages ergibt sich aus der Tarifstufe, der Höhe des Krankentagegeldes, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten.

3 Der erste oder einmalige Beitrag wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Folgebeiträge sind am Monatsersten des jeweiligen Beitragszeitraumes fällig.

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 Beitragsanteil 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 der 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.

§ 8a

Beitragsberechnung

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

2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person

berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers nur 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.

§ 8b

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 Vorhundertssatz, 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 Abs. 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.

Nr. 16

Der tariflich festgelegte Vorhundertssatz beträgt 5.

§ 9

Obliegenheiten

1 Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Nr. 17

Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Deutschen Ring auf Verlangen - mindestens aber in 14tägigen Abständen - nachzuweisen.

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

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

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

5 Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 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.

Nr. 18

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauf folgenden Kalenderjahres. Für diese Zeit wird der Versicherungsvertrag fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel der Tarifstufe oder Erhöhungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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 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 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 nach Zugang der Änderungsmitteilung 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.

Nr. 19

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Für Personen, die nach Tarifstufen mit 21 und mehr Tagen Aufschubzeit versichert sind, wird der Deutsche Ring das in den ersten drei Versicherungsjahren bestehende ordentliche Kündigungsrecht für diese Tarifstufen nicht ausüben, solange für die versicherte Person Krankheitskostenversicherungschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Deutschen Ring 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.

Nr. 20

Der Deutsche Ring kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 16 bis 20 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind. Der Deutsche Ring kann jedoch auch nach Ablauf von drei Jahren innerhalb der Frist des § 20 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

Nr. 21

Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 Buchstabe a MB/KT 94 auf sechs Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. § 15 Buchstabe b MB/KT 94 bleibt unberührt.

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

Nr. 22

Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenanspruch wegen Berufsunfähigkeit gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Buchstabe b MB/KT 94 noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes, jedoch höchstens 26,- EUR je Tag der Arbeitsunfähigkeit, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenanspruch entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.

Nr. 23

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente 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 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.

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

Nr. 24

Eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses über das 65. Lebensjahr hinaus kann der Vorstand auf Antrag in Ausnahmefällen - gegebenenfalls zu neuen Bedingungen - zulassen.

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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler 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 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 bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

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

§ 18

Änderungen der

Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

- bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
- bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- 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/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 Abs. 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. Abs. 3 gilt entsprechend.

Nr. 25

Ein Überschuss, der zur Ausschüttung zur Verfügung steht, wird zu den Bedingungen, die die Mitgliederversammlung nach den Vorschriften der Satzung und gemäß den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sowie der dazu erlassenen Rechtsverordnungen festlegt, an die anspruchsberechtigten Versicherungsnehmer verteilt.