



## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

**Teil I: Musterbedingungen (MB/KT 94)**

**Teil II: Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung**

**Anhang: Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG),  
der insbesondere die in Teil I der AVB (MB/KT 94) erwähnten  
Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext beigelegt.**

**Teil III: Krankheitskostentarife  
Tarife KT1–KT3  
KT6–KT52**

Stand 3/2004

# Teil I: Musterbedingungen (MB/KT 94)

## Teil II: Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung

### DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

#### § 1

#### Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

##### I

- (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.
- (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 Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.
- (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

##### I

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.

##### II

- (1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 schriftlich gekündigt wird. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung nach einem Krankentagegeldtarif wird bei Tarifwechsel angerechnet.
- (2) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

#### § 3

#### Wartezeiten

##### I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 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 auf Grund 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.

##### II

- (1) Teil I Abs. 6 gilt nicht für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß § 4 Teil II Abs. 4.
- (2) Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand möglichst auf einem Formblatt des Versicherers vorlegt. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsmäßigen Wartezeiten.
- (3) Bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Teil I Abs. 5 wird die in einer gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten für den gesamten versicherbaren Tagessatz nach der Krankentagegeldversicherung angerechnet. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.
- (4) Teil I (5) gilt analog für Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung mit einer Krankheitskostenvollversicherung zu uns wechseln.

#### § 4

#### Umfang der Leistungspflicht

##### I

- (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 zu Grunde 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 Nachweise der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. 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.

## II

- (1) Das versicherte Krankentagegeld wird von dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt an gezahlt. Der Zeitraum bis dahin ist die Karenzzeit. Tritt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die jeweilige Karenzzeit angerechnet.

Steht die Krankheit, obgleich sie denselben Krankheitsbegriff beinhaltet, in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der vorangegangenen, erfolgt keine Anrechnung auf den Karenzzeit.

- (2) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit sein. Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers gemäß Teil I Abs. 3 und die Regelung über die Änderung des Vertrages gemäß Teil I Abs. 4 gelten sinngemäß auch bei einer Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber.

- (3) Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit gemäß Teil I Abs. 7 ist möglichst auf einem Formblatt des Versicherers auszustellen.

- (4) Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so wird auf Antrag des Versicherungsnehmers das versicherte Krankentagegeld ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit entsprechend der Erhöhung des Nettoeinkommens, jedoch höchstens bis zu 10 % innerhalb eines Jahres, angepasst. Teil I Abs. 2 bleibt unberührt. Voraussetzung ist, dass die Veränderung des Nettoeinkommens nicht nur vorübergehend ist und der Antrag auf Anpassung des versicherten Krankentagegeldes innerhalb von 2 Monaten seit der Veränderung gestellt wird. Die Veränderung des Nettoeinkommens ist dem Versicherer nachzuweisen. Die Anpassung wird zu Beginn des auf die Antragstellung folgenden Monats wirksam.

Bestehende Beitragszuschläge (z. B. Risikozuschläge) werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Ein höchstversicherbarer Tagessatz darf durch diese Erhöhung nicht überschritten werden.

Für zum Zeitpunkt der Vertragsänderung noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle bleibt der Versicherungsschutz in Höhe des vor der Änderung geltenden Krankentagegeldes bis zum endgültigen Abschluss des Versicherungsfalles unverändert bestehen.

## § 5

### Einschränkung der Leistungspflicht

#### I

- (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 und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
  - ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
  - während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
  - 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.
- (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 Aufenthaltsweg unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

#### II

- (1) Bei Schwangerschaft gilt die Leistungseinschränkung nach Teil I Abs. 1 d) nur für den Zeitraum der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz), wobei für selbstständig Tätige die Fristen für Arbeitnehmerinnen sinngemäß angewendet werden. Außerhalb dieses Zeitraumes besteht Leistungsanspruch in tariflichem Umfang.
- (2) Die Leistungseinschränkung gem. Teil I Abs. 1c entfällt.

## § 6

### Auszahlung der Versicherungsleistungen

#### I

- (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 von Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

#### II

- (1) Das Krankentagegeld wird 14-tägig nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit gezahlt, vgl. auch § 4 Teil I Abs. 7 und Teil II Abs. 3.
- (2) Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das das Krankentagegeld überwiesen werden kann.

## § 7

### Ende des Versicherungsschutzes

#### I

Der Versicherungsschutz endet — auch für schwebende Versicherungsfälle — mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Buchstabe a oder b.

### PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

## § 8

### Beitragszahlung

#### I

- (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 an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate 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 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.

#### II

- (1) Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlaß (Skonto) in Höhe von
- |                                |
|--------------------------------|
| 1 % bei 1/4-jährlicher Zahlung |
| 2 % bei 1/2-jährlicher Zahlung |
| 4 % bei Jahreszahlung          |
- (2) Bei säumiger Zahlung werden pro Mahnung angemessene Mahnkosten erhoben.
- (3) Beitragsrückerstattung
- Zur Beitragsrückerstattung werden die in der Bilanz hierfür zurückgestellten Mittel verwendet. Für die Bildung dieser Rückstellung, die Festlegung der berechtigten Tarife und die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift sind die Grundsätze des Versicherungsaufsichtsgesetzes und die dazu erlassenen Rechtsverordnungen maßgebend, deren Einhaltung von der Aufsichtsbehörde überwacht wird.

- b) Wird für die festgelegten Tarife eine Beitragsrückerstattung eingeräumt, so sind alle Personen teilnahmeberechtigt, die während des ganzen abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) nach diesen Tarifen versichert waren, für das abgelaufene Kalenderjahr Leistungen nicht erhalten haben und am 30. Juni des Folgejahres nach diesen Tarifen ohne Beitragsrückstand noch versichert sind.  
Die Teilnahmeberechtigung bleibt auch dann erhalten, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet.  
Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann jedoch davon abhängig gemacht werden, dass die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Kalenderjahre erfüllt sind oder dass anderweitige Tarife bestehen.  
Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil.
- c) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahres vorgenommen.
- d) Die ausschließliche Verwendung der in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge zu Gunsten der Versicherten kann auch geschehen durch Leistungserhöhung, Beitragsenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung). In diesen Fällen bestimmt der Vorstand den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.
- e) Die Beteiligung der Versicherten an den Überschüssen erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

## § 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 wegen des Alterwerdens 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.

Bei einer Änderung der Beiträge bzw. des Versicherungsschutzes (Tarifwechsel) erfolgt eine in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Anrechnung der Alterungsrückstellung gemäß Teil I Abs. 2 innerhalb der Tarife der Krankentagegeldversicherung. Dabei wird auf den Tarifbeitrag der bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichten Lebensaltersgruppe ein Umstellungsrabatt eingeräumt.

## § 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 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 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.

Der in Teil I (1) genannte tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10 %.

## § 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.

## II

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Tag des vereinbarten Leistungsbeginns anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist durch eine ärztliche Bescheinigung — möglichst auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordruck — alle zwei Wochen nachzuweisen.

## § 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 auf Grund 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 Versicherten 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.

## II

Die Regelungen zur Vertragsdauer sowie zur Festlegung des Versicherungsjahres ergeben sich aus § 2 Teil II Abs. 1 und 2.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

#### I

- (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.

#### II

- (1) Der Kündigungsschutz nach § 14 I Abs. 1 gilt auch für Personen ohne Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss in Höhe des vor dem Wechsel versicherten Tagessatzes, wenn neben dem Krankentagegeld auch eine Krankheitskostenvollversicherung bei uns besteht.
- (2) Wenn bei Vertragsabschluss eine Vorversicherung gemäß § 3 Teil I Abs. 5 angerechnet wurde, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß Teil I Abs. 1 in Höhe des bei Übertritt abgeschlossenen Krankentagegeldes.
- (3) Der Versicherer kann das Recht, wegen einer Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer gemäß §§ 16 ff. VVG vom Vertrag zurückzutreten, nicht mehr ausüben, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als 3 Jahre verstrichen sind.

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

#### I

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens 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.

#### II

- (1) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritt 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 2 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.

- (2) Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen im Rahmen des Nettoeinkommens in dem selben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind und die Versicherung nicht aus einem anderen bedingungsgemäßen Grund endet. Für eventuelle Mehrleistungen infolge Verkürzung der Karenzzeit oder Erhöhung des Tagessatzes kann der Versicherer diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.
- (3) Wird ein versicherter Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die 3-Monatsfrist gemäß Teil Ia) auf 6 Monate. Teil Ib) bleibt unberührt.
- (4) Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungen fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.
- (5) Teil Ie) gilt analog bei Wegzug des Versicherungsnehmers in ein anderes Land mit Ausnahme Deutschlands.

### SONSTIGE BESTIMMUNGEN

#### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

##### I

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

#### § 17 Klagefrist/Gerichtsstand

##### I

- (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

##### I

- (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 die 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 Abs. 1 werden zu Beginn des 2. 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. 2 gilt entsprechend.

# Anhang: Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

## Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften (§ 1 Abs. 4 MB/KT 94), insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt:

### § 6 Obliegenheitsverletzung

Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls 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.

Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls 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 grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

### § 11 Fälligkeit

Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

Sind diese Erhebungen bis zum Ablaufe eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge des Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

### § 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrags alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrage zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

### § 17 Unrichtige Anzeige

Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

### § 20 Rücktritt

Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfanges an zu verzinsen.

### § 21 Leistungspflicht trotz Rücktritt

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

### § 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

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

...

### § 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

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 Ablaufe der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablaufe der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zurzeit 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.

Der Versicherer kann nach dem Ablaufe 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 Zeitpunkte 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 Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

Soweit die in Abs. 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.

### § 40 Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung auf Grund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrunde Kenntnis erlangt hat. Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Endigt das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

# Information für den Versicherungsnehmer

## über die Auswirkung steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung u. Hinweise auf Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zählt zu den besten auf der Welt. Eine gute medizinische Versorgung hat natürlich ihren Preis. Der hohe Qualitätsstandard — dazu rechnen wir auch die Fortschritte der (kostenintensiven) Medizintechnik — ist einer der Gründe dafür, dass die Gesundheitskosten in den vergangenen Jahren stärker gestiegen sind als die Lebenshaltungskosten.

So erhöhten sich die Leistungsaufwendungen der PKV in den letzten 10 Jahren um rund 50 % je Versicherten, doch auch bei den gesetzlichen Krankenkassen nahmen sie um rd. 36 % zu. Denn diese Entwicklung trifft gesetzliche und private Krankenversicherung gleichermaßen. Doch während die gesetzlichen Krankenkassen seit Jahren mit Kostenverlagerungen hin zu den Versicherten reagieren, sind Leistungsverminderungen in der privaten Krankenversicherung weder möglich noch erwünscht.

Auch in der Zukunft werden sich daher Beitragsanpassungen (s. § 8 b der AVB) nicht umgehen lassen.

Doch haben wir durch eine Reihe von Maßnahmen vorgesorgt, dass Ihre private Krankenversicherung nicht nur jetzt, sondern auch im Alter erschwinglich bleibt.

### ● Zusätzliche Alterungsrückstellungen

Bereits seit 1992 schreiben wir unseren Versicherten in Tarifen, die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus aufbauen, eine zusätzliche Alterungsrückstellung gut, die nur zur Beitragsermäßigung bzw. zur Vermeidung von Beitragserhöhungen im Alter verwendet werden darf.

Diese zusätzlichen Alterungsrückstellungen wurden ab 1995 auf 80 %, ab Anfang 2000 weiter auf 90 % der über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge, den sog. Überzins, erhöht.

### ● Gesetzlicher Zuschlag von 10 %

Seit Anfang 2000 ist für Neukunden zwischen 21 und 60 Jahren ein Beitragszuschlag von 10 % auf Vollkostentarife gesetzlich vorgeschrieben. Dieser Zuschlag wird unseren Kunden in voller Höhe als zusätzliche Alterungsrückstellung gutgeschrieben und verzinslich angesammelt; wir bilden für Sie also eine zusätzliche Altersvorsorge. Ab dem 65. Lebensjahr werden die vorhandenen Mittel verwendet, Beitragsanpassungen möglichst zu vermeiden und die Beiträge stabil zu halten. Ab dem 80. Lebensjahr werden verbleibende Mittel zur Beitragssenkung herangezogen.

### ● Senioren-Standardtarif bietet zusätzliche Sicherheit

Mit dem Senioren-Standardtarif, den wir Mitte 1994 einführen, wird dem Versicherten zugesichert, dass er ab dem 65. Lebensjahr, unter bestimmten Voraussetzungen auch früher, die Möglichkeit hat, nicht mehr als den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu zahlen. Für Beihilfeberechtigte wurde zum 1.7.2000 ein beihilfekonformer Standardtarif eingeführt, bei dem sich Höchstbeiträge und Erstattungssätze nach dem Beihilfeanspruch richten. Der Leistungsumfang des Standardtarifs orientiert sich an dem der GKV. Der Versicherte stellt sich damit nicht schlechter als in der GKV.

Allerdings sind wir der Meinung, daß unsere Versicherten diese Alternative im Normalfall nicht ins Auge fassen müssen, da wir davon ausgehen, daß die Normaltarife bezahlbar bleiben — doch bietet sie dem Kunden eine zusätzliche Sicherheit.

## Informationsblatt des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen gemäß § 10a Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

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 Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftdeckungsverfahren 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.

## Merkmale zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich die Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft 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.

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 Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie im 1. Absatz beschrieben, erfolgen.

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegt, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel 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 Kundennummer, 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 Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

### 3. 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 Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Ver-

sicherungsmissbrauch 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.

#### 4. 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 sowie beim Verband der privaten Krankenversicherung 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.

#### 5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung und andere Finanzdienstleistungen, z.B. Kredite und Bausparen) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen 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 Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. 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.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

**HUK-COBURG Haftpflicht-Unterstützungs-Kasse  
kraftfahrender Beamter Deutschlands a. G. in Coburg**

**HUK-COBURG-Allgemeine Versicherung AG**

**HUK-COBURG-Lebensversicherung AG**

**HUK-COBURG-Krankenversicherung AG**

**HUK-COBURG-Rechtsschutzversicherung AG**

**HUK-COBURG-Bausparkasse AG**

**HUK24 AG**

**HUK-COBURG-Assistance GmbH**

#### 6. Betreuung durch Vertrauensleute

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe werden Sie durch unsere Vertrauensleute betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen beraten.

Um diese Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhalten die Vertrauensleute zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vertrauensmann auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vertrauensleute 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 Vertrauensmann ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Die Regelungen dieses Abschnitts gelten sinngemäß auch für die Zusammenarbeit mit den für unsere Unternehmen vermittelnden Kooperationspartnern.

#### 7. 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.



# Teil III: Krankentagegeldversicherung

## Tarife KT1 — KT3

### Allgemeine Bestimmungen

1. Aufnahmefähig sind Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
2. Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben, ihren Beruf selbstständig ausüben, regelmäßige Einkünfte erzielen und einkommensteuerpflichtig sind (Selbstständige).  
Hierzu gehören Angehörige der freien Berufe sowie selbstständige Berufstätige der gewerblichen Wirtschaft, die ihr Gewerbe bei der Behörde angezeigt bzw. eine Gewerbeerlaubnis haben.
3. Abweichend von § 15 Teil I c) AVB kann nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Weiterversicherung erfolgen, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind.

### I. Versicherungsleistungen

Das versicherte Krankentagegeld wird für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Teil I Abs. 3 AVB) in vertraglichem Umfang gezahlt.

Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt im Tarif

KT1 ab dem 8. Tag

KT2 ab dem 15. Tag

KT3 ab dem 22. Tag

der Arbeitsunfähigkeit.

Das Krankentagegeld kann in 5-Euro-Stufen, insgesamt bis zu einem Betrag von 180 € täglich, gewählt werden. Im Tarif KT1 ist ein Tagessatz von höchstens 90 € möglich.

### II. Monatsbeiträge je 5 Euro Krankentagegeld

Alter	KT1		KT2		KT3	
	Männer €	Frauen €	Männer €	Frauen €	Männer €	Frauen €
Kinder Jgdl.	6,82 6,82	9,11 9,11	4,34 4,34	5,80 5,80	2,00 2,00	2,05 2,05
21	6,82	9,11	4,34	5,80	2,00	2,05
22	6,93	9,24	4,41	5,88	2,05	2,09
23	7,05	9,37	4,49	5,96	2,11	2,13
24	7,16	9,49	4,56	6,04	2,16	2,18
25	7,27	9,60	4,63	6,11	2,22	2,23
26	7,39	9,71	4,70	6,18	2,29	2,29
27	7,50	9,82	4,78	6,25	2,35	2,35
28	7,62	9,93	4,85	6,32	2,42	2,41
29	7,74	10,04	4,93	6,39	2,50	2,48
30	7,86	10,15	5,00	6,46	2,58	2,55
31	7,98	10,25	5,08	6,52	2,66	2,63
32	8,11	10,36	5,16	6,59	2,75	2,72
33	8,24	10,47	5,25	6,66	2,84	2,81
34	8,38	10,57	5,33	6,73	2,94	2,91
35	8,52	10,68	5,42	6,80	3,05	3,02
36	8,66	10,80	5,51	6,87	3,16	3,14
37	8,81	10,91	5,61	6,94	3,29	3,26
38	8,96	11,03	5,71	7,02	3,41	3,39
39	9,12	11,15	5,81	7,10	3,55	3,53
40	9,29	11,28	5,91	7,18	3,69	3,67
41	9,46	11,41	6,02	7,26	3,83	3,81
42	9,64	11,54	6,14	7,34	3,97	3,97
43	9,83	11,68	6,26	7,43	4,12	4,12
44	10,02	11,82	6,38	7,52	4,27	4,29
45	10,23	11,97	6,51	7,62	4,41	4,45
46	10,43	12,13	6,64	7,72	4,55	4,63
47	10,65	12,29	6,78	7,82	4,68	4,80
48	10,87	12,45	6,92	7,93	4,81	4,98
49	11,11	12,62	7,07	8,03	4,92	5,17
50	11,34	12,80	7,22	8,15	5,04	5,36
51	11,59	12,99	7,38	8,26	5,15	5,56
52	11,85	13,18	7,54	8,39	5,27	5,76
53	12,11	13,37	7,71	8,51	5,39	5,96
54	12,38	13,58	7,88	8,64	5,50	6,17
55	12,66	13,79	8,06	8,78	5,61	6,38
56	12,96	14,01	8,25	8,92	5,72	6,59
57	13,26	14,24	8,44	9,06	5,82	6,80
58	13,57	14,48	8,64	9,21	5,92	6,99
59	13,90	14,73	8,85	9,37	6,02	7,15

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a der AVB Rechnung getragen.

# Tarife KT6 — KT52

## Allgemeine Bestimmungen

1. Aufnahmefähig sind Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
2. Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben und
  - a) ihren Beruf selbstständig ausüben, regelmäßige Einkünfte erzielen und einkommensteuerpflichtig sind (Selbstständige).  
Hierzu gehören Angehörige der freien Berufe sowie selbstständige Berufstätige der gewerblichen Wirtschaft, die ihr Gewerbe bei der Behörde angezeigt bzw. eine Gewerbeerlaubnis haben.
  - b) gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmer).
3. Abweichend von § 15 Teil I c) AVB kann nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Weiterversicherung erfolgen, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind.

Die Zahlung des Krankentagegeldes beginnt im Tarif  
 KT6 ab dem 43. Tag  
 KT13 ab dem 92. Tag  
 KT26 ab dem 183. Tag  
 KT52 ab dem 365. Tag

der Arbeitsunfähigkeit.

Das Krankentagegeld kann in 5-Euro-Stufen, insgesamt für alle Krankentagegeldtarife bis zu einem Betrag von 300 € täglich, gewählt werden.

Bei Arbeitnehmern ist entsprechend der Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber die Vereinbarung von anderen Karenzzeiten\* möglich. Hierbei wird bei gleichbleibenden Beiträgen im Tarif mit der nächst kürzeren Karenzzeit ein entsprechend höherer Tagessatz gezahlt.

Die Umrechnung in die höheren Tagessätze ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt und wird auf Anfrage mitgeteilt.

## I. Versicherungsleistungen

Das versicherte Krankentagegeld wird für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Teil I Abs. 3 AVB) in vertraglichem Umfang gezahlt.

\* Die Karenzzeit ist der Zeitraum bis zu dem vorgesehenen Leistungsbeginn (z.B. Karenzzeit 42 Tage, Leistungsbeginn ab dem 43. Tag).

## II. Monatsbeiträge je 5 € Krankentagegeld

Alter	KT6		KT13		KT26		KT52	
	Männer €	Frauen €	Männer €	Frauen €	Männer €	Frauen €	Männer €	Frauen €
Kinder Jgdl.	0,57 0,57	0,88 0,88	0,32 0,32	0,49 0,49	0,16 0,16	0,24 0,24	0,04 0,04	0,06 0,06
21	0,57	0,88	0,32	0,49	0,16	0,24	0,04	0,06
22	0,60	0,92	0,34	0,51	0,16	0,25	0,04	0,07
23	0,64	0,96	0,36	0,54	0,17	0,26	0,05	0,07
24	0,67	1,00	0,38	0,56	0,18	0,27	0,05	0,07
25	0,71	1,05	0,40	0,58	0,19	0,28	0,05	0,07
26	0,75	1,09	0,42	0,61	0,21	0,30	0,05	0,08
27	0,80	1,13	0,45	0,63	0,22	0,31	0,06	0,08
28	0,84	1,18	0,47	0,66	0,23	0,32	0,06	0,08
29	0,89	1,23	0,50	0,68	0,24	0,33	0,06	0,09
30	0,94	1,27	0,53	0,71	0,26	0,35	0,07	0,09
31	0,99	1,32	0,55	0,74	0,27	0,36	0,07	0,09
32	1,05	1,37	0,58	0,77	0,29	0,37	0,07	0,10
33	1,10	1,42	0,62	0,79	0,30	0,39	0,08	0,10
34	1,16	1,48	0,65	0,82	0,32	0,40	0,08	0,10
35	1,22	1,53	0,68	0,86	0,33	0,42	0,09	0,11
36	1,28	1,59	0,71	0,89	0,35	0,43	0,09	0,11
37	1,34	1,65	0,75	0,92	0,36	0,45	0,10	0,12
38	1,41	1,72	0,78	0,96	0,38	0,47	0,10	0,12
39	1,47	1,78	0,82	0,99	0,40	0,48	0,10	0,13
40	1,54	1,85	0,86	1,03	0,42	0,50	0,11	0,13
41	1,61	1,92	0,90	1,07	0,44	0,52	0,11	0,14
42	1,68	1,99	0,94	1,11	0,46	0,54	0,12	0,14
43	1,75	2,06	0,98	1,15	0,48	0,56	0,12	0,15
44	1,82	2,13	1,02	1,19	0,50	0,58	0,12	0,15
45	1,90	2,21	1,06	1,23	0,52	0,60	0,13	0,16
46	1,98	2,28	1,10	1,27	0,54	0,62	0,14	0,16
47	2,05	2,35	1,15	1,31	0,56	0,64	0,15	0,17
48	2,13	2,42	1,19	1,35	0,58	0,66	0,15	0,17
49	2,21	2,50	1,23	1,39	0,60	0,68	0,16	0,18
50	2,29	2,56	1,28	1,43	0,62	0,70	0,16	0,18
51	2,38	2,63	1,33	1,47	0,65	0,72	0,17	0,19
52	2,46	2,69	1,37	1,50	0,67	0,73	0,17	0,19
53	2,55	2,75	1,42	1,53	0,69	0,75	0,18	0,20
54	2,64	2,80	1,47	1,56	0,72	0,76	0,19	0,20
55	2,73	2,85	1,52	1,59	0,74	0,78	0,19	0,20
56	2,83	2,90	1,58	1,62	0,77	0,79	0,20	0,21
57	2,92	2,94	1,63	1,64	0,80	0,80	0,21	0,21
58	3,02	2,97	1,69	1,66	0,82	0,81	0,21	0,21
59	3,13	3,00	1,75	1,67	0,85	0,82	0,22	0,21

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a der AVB Rechnung getragen.