

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankengeld- Ergänzungsversicherung (AVB/KGE)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankengeld-Ergänzungsversicherung (AVB/KGE)

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- § 4 Bestehen und Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlung
- § 8a Beitragsberechnung
- § 8b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
- § 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Klagefrist/Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen

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 zahlt 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 sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das

Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt; für Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (6) Versicherungsfähig sind Personen, die
- einen selbständigen Beruf ausüben und zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtet sind oder die gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis stehen,
 - Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind
 - sowie ihren ständigen Wohnsitz im Inland haben.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) 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.
- (2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 schriftlich gekündigt wird.
- (3) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung und Psychotherapie acht Monate.
- (4) Sämtliche Wartezeiten entfallen bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit.
- (5) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Bestehen und Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der Anspruch auf die vereinbarte monatliche Krankengeld-Ergänzung besteht ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (42 Karenztage), frühestens aber ab dem 43. Tag nach Ablauf der Wartezeiten, für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und berechnet sich als Krankentagegeld. Der Tagessatz beträgt

1/30 der vereinbarten monatlichen Krankengeld-Ergänzung. Tritt nach dem Ende eines Versicherungsfalles innerhalb von 26 Wochen wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut ein Versicherungsfall ein, werden die innerhalb der letzten 52 Wochen nachgewiesenen Tage der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

(2) Für die Dauer eines unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthaltes besteht ein Anspruch auf das Krankentagegeld auch während der Karenzzeit.

(3) Das Krankentagegeld darf zusammen mit dem Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen.

Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Eine Aufrundung des so begrenzten Krankentagegeldes auf den nächsten durch 5 € teilbaren Betrag führt nicht zur Überschreitung des Nettoeinkommens im Sinne von Satz 1.

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

(5) 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 mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf den nach Abs. (3) jeweils maximal möglichen Betrag herabsetzen. Der Beitrag bestimmt sich nach dem herabgesetzten Krankentagegeld. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(6) 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.

(7) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(8) 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. Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ist auf einem Formblatt des Versicherers auszustellen.

(9) 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

oder Klageerhebung auf Leistung
Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von
Versicherungsmisbrauch

Allgemeine Haftpflichtversicherer

- Registrierung von auffälligen
Schadenfällen sowie von Personen, bei
denen der Verdacht des
Versicherungsmisbrauchs besteht
Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung
und -verhütung.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Versicherungsgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B.
Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) wer-
den durch rechtlich selbständige
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; Ihr Geburtsdatum, Ihre
Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre all-
gemeinen Antrags-, Vertrags- und
Leistungsdaten, werden in einer zentralen
Datensammlung geführt.

Dabei sind Ihre allgemeinen Antrags-,
Vertrags- und Leistungsdaten von allen
Unternehmen der Versicherungsgruppe
abfragbar. Hierzu gehören z.B. Name,
Adresse, Kundennummer, Kontonummer,
Bankleitzahl, bestehende Verträge. Auf diese
Weise kann eingehende Post immer richtig
zugeordnet und bei telefonischen Anfragen
sofort der zuständige Partner benannt wer-
den.

Auch Geldeingänge können so in
Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt ver-
bucht werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung
und Betreuung des jeweiligen Kunden durch
die einzelnen Unternehmen verwendet wer-

den, 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 Versicherungsgruppe gehören zur-
zeit folgende Unternehmen an:

LVM Landwirtschaftlicher Versiche-
rungsverein Münster a.G.,
LVM Rechtsschutzversicherungs-AG,
LVM Lebensversicherungs-AG,
LVM Krankenversicherungs-AG.

Daneben arbeiten unsere
Versicherungsunternehmen und Vermittler
zur umfassenden Beratung und Betreuung
ihrer Kunden in weiteren
Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite,
Bausparverträge, Kapitalanlagen) auch mit
Kreditinstituten, Bausparkassen und
Kapitalanlagegesellschaften außerhalb der
Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir mit:

Aachener Bausparkasse AG,
Axa Versicherung AG,
DSL-Bank,
Federated Asset-Management GmbH,
Hermes Kreditversicherungs-AG,
Münchener Kapitalanlage AG,
Union-Investment-Gesellschaft mbH.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der
Vermittlung der jeweiligen Produkte und der
weiteren Betreuung der so gewonnenen
Kunden. Für die Datenverarbeitung der ver-
mittelnden Stelle gelten die folgenden
Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie
im Rahmen des Dienstleistungsangebots
werden Sie durch einen unserer Vermittler
betreut. Vermittler in diesem Sinne sind
neben Einzelpersonen auch
Vermittlungsgesellschaften.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen
zu können, erhält der Vermittler zu diesen
Zwecken von uns die für die Betreuung und
Beratung notwendigen Angaben aus Ihren

Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B.
Versicherungsnummer, Beiträge, Art des
Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl
der Versicherungsfälle und Höhe von
Versicherungsleistungen sowie von unseren
Partnerunternehmen Angaben über andere
finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss
und Stand Ihres Bausparvertrages.

Ausschließlich zum Zweck von
Vertragsanpassungen in der
Personenversicherung können an den
zuständigen Vermittler auch
Gesundheitsdaten übermittelt werden.
Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen
selbst diese personenbezogenen Daten im
Rahmen der genannten Beratung und
Betreuung des Kunden. Auch werden sie von
uns über Änderungen der kundenrelevanten
Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetz-
lich und vertraglich verpflichtet, die
Bestimmungen des
Bundesdatenschutzgesetzes und seine
besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B.
Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu
beachten.

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

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem
Bundesdatenschutzgesetz neben dem ein-
gangs 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.

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

In der Presse und in der Öffentlichkeit wer-
den 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 bedeu-
tet, 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 mitversi-
chert.

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 **Anwartschaftsdeckungsverfahren**
oder **Kapitaldeckungsverfahren**.*

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

*Die kursiv gedruckten Textstellen des
Informationsblatts gelten für den Tarif KGE
nicht, da in diesem Tarif das
Kapitaldeckungsverfahren nicht angewendet
wird.*

Vorlage eines Nachweises [§ 4 Abs. (8)] anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist die ärztliche Bescheinigung auf dem Formblatt des Versicherers alle zwei Wochen zu erneuern. 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.

§ 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 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) 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 Abs. (1) 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 zurückzuzahlen.

§ 12 Aufrechnung

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

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 diesen Tarif beschränkt werden.

(3) Erhöht sich der Beitrag aufgrund des Erreichens einer höheren Lebensaltersgruppe, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen.

(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. (5) 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 diesen Tarif 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 fortzusetzen, wenn eine Verpflichtungserklärung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb zweier Monate nach der Kündigung beim Versicherer eingeht. 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.

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die 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) wenn aufgrund vertraglicher oder gesetzlicher Regelung ein Verdienstaustausch durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit endgültig ausgeschlossen ist;

e) mit dem Tod;

f) mit dem Wegzug aus dem Inland.

(2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, hat der Versicherungsnehmer das Recht, das Versicherungsverhältnis nach der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, der Berufsunfähigkeit oder dem Bezug von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten wieder in Kraft zu setzen. Der Antrag auf Wiederinkraftsetzung ist innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit, Beendigung der Berufsunfähigkeit oder nach Ende des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente mit Wirkung zu diesem Zeitpunkt zu stellen.

(3) Der Versicherungsnehmer hat abweichend von Abs. (1) Buchstabe c) das Recht auf Fortsetzung der Versicherung bei Beginn des Bezugs von Altersrente bzw. nach Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person, soweit und solange Versicherungsfähigkeit gegeben ist und diese innerhalb von zwei Monaten ab dem Termin nach Abs. (1) Buchstabe c) nachgewiesen wird.

(4) Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen, wenn eine Verpflichtungserklärung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingeht.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Wegzugs aus dem Inland beendet, kann eine Vereinbarung zur Vertragsfortführung getroffen werden.

(6) Versicherte Personen haben mit Zustimmung des Versicherungsnehmers das Recht, das ungekündigte Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil vor, so genügt die Erklärung des Ehegatten, der die Fortführung seines Vertragsteils als selbstständige Versicherung wünscht.

(7) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Dreimonatsfrist des Abs. (1) Buchstabe a) auf sechs Monate. Abs. (1) Buchstabe b) bleibt unberührt.

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 mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, wenn diese Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und der Treuhänder die Angemessenheit bestätigt,

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen 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 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) 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.

(4) 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.

Gesetzesauszüge

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 6 Obliegenheitsverletzung

(1) 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.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck 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.

(3) 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 grobfahrlässiger 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.

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

§ 11 Fälligkeit

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

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsnehmers nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagzahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

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

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

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

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur

Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen (2), (3) mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in den Absätzen (2), (3) bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der 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 Stellen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, setzt 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 (Partnernummer), 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 gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder beim 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 im In- und Ausland 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 erforderlichen 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 Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrages 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 GDV und PKV-Verband 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.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht
- Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung

Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonder Risiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
 - aus versicherungsmedizinischen Gründen
 - aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer
 - wegen verweigerter Nachuntersuchung
 - Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers
 - Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge
- Zweck: Risikoprüfung

Rechtsschutzversicherer

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten
 - Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten
 - vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung
- Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung

Sachversicherer

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind
- Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs

Transportversicherer

- Aufnahme von auffälligen Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs)
- Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung

Krankengeschichten führen.

(10) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. (9) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Schwangerschaftsabbruchs, außer bei medizinischer Indikation;

d) 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 Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt oder Entbindung steht;

e) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Abs. (2) - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet [vgl. § 4 Abs. (9) und (10)]. 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;

f) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, es sei denn - die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme wird durch ein ausführliches ärztliches Attest nachgewiesen und - unmittelbar vor ihrem Beginn hat eine seit mindestens sechs Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden.

(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 Aufenthaltswortzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen 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 ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden. Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. (1), so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst mit dem Ablauf des dritten Monats 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. Der Versicherer räumt einen Beitragsnachlass (Skonto) von 1% bei vierteljährlicher Zahlung, 2% bei halbjährlicher Zahlung, 4% bei Jahreszahlung ein.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist zum Versicherungsbeginn zu zahlen.

(3) 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.

(4) 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. Als Mahnkosten wird 1,00 € berechnet. Für vom Versicherungsnehmer verursachte Rückläufer beim Lastschriftverfahren werden die ent-

standenen Kosten verlangt.

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach der Höhe des vereinbarten Tagegeldes und der von der versicherten Person erreichten tariflichen Lebensaltersgruppe. Die Einstufung in eine tarifliche Lebensaltersgruppe erfolgt nach dem jeweiligen aktuellen Alter der versicherten Person. Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person die nächsthöhere tarifliche Lebensaltersgruppe erreicht, ist der für diese Gruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(2) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(3) 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 die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10%, so kann, ergibt sie mehr als 20%, so muss der Versicherer alle Beiträge dieses Tarifs überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen. Bei der Berechnung der Beiträge wird die Kalkulationsverordnung sinngemäß angewandt. Hierbei wird berücksichtigt, dass der Tarif nicht nach Art der Lebensversicherung, d.h. insbesondere ohne Alterungsrückstellung betrieben wird.

(2) Unter den Voraussetzungen des Abs. (1) können auch die Grenzzähler der Lebensaltersgruppen geändert werden, wenn das Verhältnis, in dem die für die Lebensaltersgruppen erforderlichen Leistungen zueinander stehen, von dem kalkulierten Verhältnis um mehr als 10% abweicht.

(3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(4) 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.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber am Tag des vereinbarten Leistungsbeginns, durch