



Allgemeine Bedingungen 2000 für die Krankenversiche- rung der Mannheimer Kran- kenversicherung AG (Mann- heimer AB-Kranken 2000)

Stand: 01.01.2004

Allgemeine Bedingungen 2000 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG (Mannheimer AB-Kranken 2000)

| | |
|---|---|
| § 1 Allgemeine Bedingungen 2000 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG und Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif | 3 |
| § 2 Arten der Krankenversicherung | 3 |
| § 3 Versicherte Person | 3 |
| § 4 Anzeigepflicht bei Abschluß oder Änderung des Vertrages | 3 |
| § 5 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes; Verzicht auf Wartezeiten | 3 |
| § 6 Versicherungsschutz für neugeborene und adoptierte Kinder | 3 |
| § 7 Beitrag; Beitragsberechnung | 4 |
| § 8 Beitragszahlung; Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung | 4 |
| § 9 Beitragsanpassung | 4 |
| § 10 Überschußbeteiligung | 5 |
| § 11 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalls | 5 |
| § 12 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls | 5 |
| § 13 Auszahlung der Versicherungsleistungen | 5 |
| § 14 Abtretung; Aufrechnung; Ansprüche gegen Dritte | 6 |
| § 15 Anspruch auf Wechsel in andere Tarife | 6 |
| § 16 Wechsel in den Standardtarif | 6 |
| § 17 Kündigung durch den Versicherer | 6 |
| § 18 Kündigung durch den Versicherungsnehmer | 6 |
| § 19 Sonstige Beendigungsgründe | 7 |
| § 20 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses | 7 |
| § 21 Klagefrist | 7 |
| § 22 Inländische Gerichtsstände | 7 |
| § 23 Schriftform; Vollmacht des Vertreters | 7 |
| § 24 Änderung der Bedingungen | 8 |
| § 25 Gesetzliche Vorschriften | 8 |

Allgemeine Bedingungen 2000 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG (Mannheimer AB-Kranken 2000)

§ 1 Allgemeine Bedingungen 2000 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG und Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif

Die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen enthalten allgemeine Regelungen zu einer Krankenversicherung, die als Krankheitskostenversicherung, als Krankenhaustagegeldversicherung, als Krankentagegeldversicherung oder als Pflegekostenversicherung abgeschlossen wird. Die Leistungen, die der Versicherer im Versicherungsfall erbringt, ergeben sich nach Art und Höhe aus den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif. Die Allgemeinen Bedingungen und die Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif ergänzen sich und gelten stets nur zusammen.

§ 2 Arten der Krankenversicherung

1. In der Krankheitskostenversicherung ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für Krankheit oder Unfallfolgen und die Aufwendungen für sonstige vereinbarte Maßnahmen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.
2. In der Krankenhaustagegeldversicherung zahlt der Versicherer im Versicherungsfall bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld.
3. In der Krankentagegeldversicherung ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstaufschlag durch das vereinbarte Krankentagegeld.
4. In der Pflegekostenversicherung ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall bei Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen.

§ 3 Versicherte Person

1. Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder auf die Person eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf die die Versicherung genommen wird.
2. Soweit die Kenntnis oder das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommen bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch ihre Kenntnis und ihr Verhalten in Betracht.

§ 4 Anzeigepflicht bei Abschluß oder Änderung des Vertrages

1. Bei Abschluß des Vertrages hat der Versicherungsnehmer alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme des Risikos erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen und insbesondere die im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Treten nach Unterzeichnung des Antrages Umstände ein, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind, oder ändern sich die bei Antragstellung angegebenen Umstände, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer anzuzeigen. Diese Verpflichtungen gelten entsprechend bei Änderungen des Vertrages.
2. Umstände, die nach dem Zugang
 - des Versicherungsscheines oder
 - einer schriftlichen Annahmeerklärung des Versicherers oder
 - einer Erklärung des Versicherers, in der er die Anzeigepflicht für beendet erklärt, eintreten oder sich ändern, müssen nicht mehr angezeigt werden.
3. Soll die Versicherung auf die Person eines anderen genommen werden, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der an sie gestellten Fragen und für die sie betreffenden Anzeigen gemäß Nr. 1 verantwortlich.
4. Bei schuldhafter Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer nach Maßgabe der §§ 16 bis 21, 178 k VVG vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein oder bei arglistiger Verschweigung den Versicherungsvertrag nach § 22 VVG anfechten.

§ 5 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes; Verzicht auf Wartezeiten

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt. Ist dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person zu dem Zeitpunkt, in dem die Anzeigepflicht endet, bekannt, daß ein Versicherungsfall eingetreten ist, besteht für diesen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz, auch nicht für die Zeit nach dem vereinbarten Zeitpunkt. Ist dem Versicherer ein solcher Versicherungsfall jedoch bis zu dem Zeitpunkt, in dem die Anzeigepflicht endet, angezeigt worden, ist der Versicherungsschutz nur für die Zeit vor dem vereinbarten Zeitpunkt ausgeschlossen.
2. Wartezeiten bestehen nicht.
3. Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 6 Versicherungsschutz für neugeborene und adoptierte Kinder

1. Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz mit der Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt

ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Jedoch kann in der Krankheitskostenversicherung auch ein Tarif mit niedrigerem oder ein Tarif ohne Selbstbehalt gewählt werden.

2. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht ein erhöhtes Risiko, kann der Versicherer einen Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

§ 7 Beitrag; Beitragsberechnung

1. Der Beitrag ist als Jahresbeitrag für das Versicherungsjahr kalkuliert. Er wird von dem für den Beginn des Versicherungsschutzes vereinbarten Zeitpunkt an berechnet und ist im voraus, je nach vereinbarter Zahlungsweise jährlich (Jahresbeitrag) oder in monatlichen Raten (Monatsbeitrag) zu zahlen.
2. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem für den Beginn des Versicherungsschutzes vereinbarten Zeitpunkt und endet am folgenden 31. Dezember. Von da an fällt das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr zusammen.
3. Beginnt eine Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet eine Versicherung nicht zum Ende eines Monats, wird der Beitrag für den jeweiligen Rumpfmonat tageweise abgerechnet. Als Tagesbeitrag gilt je nach der vereinbarten Zahlungsweise 1/30 des Monatsbeitrages oder 1/360 des Jahresbeitrages. Bei der Berechnung des Tagesbeitrages wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.
4. Die Beiträge werden auf der Grundlage der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet. Die Einzelheiten der Berechnung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
5. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Für Kinder wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für Kinder, danach der Beitrag für Erwachsene mit Eintrittsalter 16 Jahre festgesetzt.
6. Für das mit dem Alter einer versicherten Person steigende Wagnis bildet der Versicherer nach den für die Beitragsberechnung festgelegten Grundsätzen eine Alterungsrückstellung. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist deshalb während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.
7. Ändern sich bei einem Versicherungsverhältnis die Beiträge, auch durch Änderung des Umfangs des Versicherungsschutzes, werden bei der Berechnung des Beitrages das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt.

§ 8 Beitragszahlung; Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung

1. Der Versicherungsnehmer hat den ersten Jahresbeitrag oder den ersten Monatsbeitrag, wenn nichts anderes vereinbart ist, sofort nach Abschluß des Vertrages zu zahlen. Folgebeiträge sind zu Beginn des jeweiligen Beitragszahlungsraums zu zahlen.
2. Ist die Zahlung von Monatsbeiträgen vereinbart, gelten die ausstehenden Monatsbeiträge des Versicherungsjahres als gestundet. Die gestundeten Monatsbeiträge werden sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit einem Monatsbeitrag ganz oder teilweise in Verzug gerät. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich des Monatsbeitrages für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und etwaige Mahnkosten entrichtet sind.
3. Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer nach § 38 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Versicherer den Anspruch auf den ersten Beitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend macht.
4. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer durch Mahnung oder Kündigung nach § 39 VVG leistungsfrei werden.
5. Ist Lastschriftverfahren vereinbart, gerät der Versicherungsnehmer in Verzug, wenn ein Beitrag aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht vereinbarungsgemäß eingezogen werden kann oder wenn einer vereinbarten Einziehung von dem Kontoinhaber widersprochen wird. Der Versicherer kann dem Versicherungsnehmer die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Kann aufgrund eines Widerspruchs oder aus anderen Gründen ein Beitrag nicht eingezogen werden, kann der Versicherer von weiteren Einzugsversuchen absehen und den Versicherungsnehmer schriftlich zur Zahlung durch Überweisung auffordern.
6. Der Beitrag ist bis zu dem Zeitpunkt zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
7. Bei Vorliegen besonderer, in besonderen Bedingungen definierter Umstände (z.B. Arbeitslosigkeit), kann das Ruhen der Versicherung nach Maßgabe jener Bedingungen vereinbart werden.

§ 9 Beitragsanpassung

1. Der Versicherer ist gesetzlich verpflichtet, zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlich gewordenen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Aufwendungen für die Versicherungsleistungen

zu vergleichen. Reichen in der Pflegekostenversicherung die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht aus, wird dem Vergleich die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.

2. Ergibt die Gegenüberstellung nach Nr. 1 eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepaßt und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 16) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepaßt.
3. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Aufwendungen für die Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
4. Anpassungen nach Nr. 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 10 Überschußbeteiligung

1. Die Beträge für die Überschußbeteiligung der Versicherten werden jährlich vom Versicherer festgelegt. Soweit diese Beträge den Versicherten nicht unmittelbar zugeteilt werden, stellt der Versicherer sie in eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung ein. Die dieser Rückstellung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschußbeteiligung der Versicherten verwendet werden.
2. Als Form der Überschußbeteiligung können vorgesehen werden: Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen, befristete oder unbefristete Beitragssenkung, Leistungserhöhung sowie Auszahlung oder Gutschrift. In Ausnahmefällen kann der Versicherer die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse des Versicherten zur Abwendung eines Notstandes, z.B. zur Abdeckung eines Verlustes, heranziehen.
3. Die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung werden dem Versicherungsnehmer bekannt gegeben.

§ 11 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalls

1. Wird in der Krankheitskostenversicherung für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von einer Versicherungsbeziehung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten.
2. Für eine versicherte Person, für die eine Krankenhaustagegeldversicherung, eine Krankentagegeldversicherung oder eine Pflegekostenversicherung abgeschlossen ist, darf ohne Einwilligung des Versicherers keine dementsprechende anderweitige Versicherung in der privaten Krankenversicherung abgeschlossen oder erhöht werden.
3. Zusätzlich zu diesen Obliegenheiten können sich besondere Obliegenheiten aus den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif ergeben.
4. Wird eine vor Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei. Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach Zugang wirksam.

§ 12 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls

1. Auf Verlangen des Versicherers ist dem Versicherer jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die vom Versicherungsfall betroffene Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Zusätzlich zu diesen Obliegenheiten können sich besondere Obliegenheiten aus den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif ergeben.
4. Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 VVG von der Leistungspflicht frei. Ergeben sich besondere Obliegenheiten aus den Versicherungsbedingungen für den jeweils versicherten Tarif, sind auch dort die Folgen einer Verletzung der besonderen Obliegenheiten geregelt.

§ 13 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer erbringt die Versicherungsleistungen, wenn die erforderlichen Nachweise vorgelegt worden sind. Welche Nachweise im einzelnen vorzulegen sind, ist in den Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif geregelt. Die Nachweise werden Eigentum des Versicherers.
2. Soweit Nachweise vorgelegt werden, die nicht in einer Amtssprache der Europäischen Union ausgestellt sind, kann der Versicherer diese übersetzen lassen und die Kosten von der Versicherungsleistung abziehen.
3. In ausländischer Währung entstandene Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, umgerechnet. Es gilt der Devisenkurs gemäß Referenzkurs EURO-FX, für dort nicht auf-

geführte Währungen der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt. Wird nachgewiesen, daß die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nur zu einem ungünstigeren Kurs erworben werden konnten, wird dieser Kurs für die Umrechnung verwendet.

4. Der Versicherer überweist die Versicherungsleistungen dem Empfangsberechtigten kostenfrei auf ein von ihm angegebenes Konto.

§ 14 Abtretung; Aufrechnung; Ansprüche gegen Dritte

1. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Jedoch können Ansprüche auf Versicherungsleistungen, die der Versicherer in einer Card für Privatversicherte einem Krankenhaus garantiert, unter Vorlage der Card an das Krankenhaus abgetreten werden.
2. Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
3. Hat eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, besteht unbeschadet eines gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 67 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zu der Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 15 Anspruch auf Wechsel in andere Tarife

1. Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, daß dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der technischen Berechnungsgrundlagen ermittelten Alterungsrückstellung und unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte annimmt. Dabei werden die nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der technischen Berechnungsgrundlagen ermittelte Alterungsrückstellung und die aus dem Vertrag erworbenen Rechte auf den neuen Tarif angerechnet. Soweit die Leistungen in dem anderen Tarif, in den die versicherte Person wechseln soll, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluß oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages dadurch abwenden, daß er hinsichtlich der Mehrleistung ein Leistungsausschluß vereinbart.
2. Ein Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz ist jeder Wechsel in einen anderen Tarif
 - innerhalb der Krankheitskostenversicherung,
 - innerhalb der Krankentagegeldversicherung ohne Kostenersatzfunktion,
 - innerhalb der Krankentagegeldversicherung,
 - innerhalb der Pflegekostenversicherung, mit Ausnahme des Tarifs für die Pflegepflichtversicherung, der der versicherten Person offen steht.
3. Auf Anforderung übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Auflistung der gleichartigen Tarife. Bei einer Beitragsanpassung übersendet der Versicherer diese Auflistung unaufgefordert.
4. Das Recht auf Wechsel in andere Tarife gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

§ 16 Wechsel in den Standardtarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, daß versicherte Personen, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2, 2a bis 2c Sozialgesetzbuch V (SGB V) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den brancheneinheitlichen Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der Tarife, aus denen in den Standardtarif gewechselt werden kann, ein Zuschlag festgelegt und im Beitrag für diese Tarife enthalten. Der Wechsel in den Standardtarif ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers folgt.

§ 17 Kündigung durch den Versicherer

Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen. Das Recht zur Kündigung aufgrund gesetzlicher Vorschriften bleibt unberührt. Diese Rechte können gegenüber dem Versicherten geltend gemacht werden; eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 18 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (§ 7 Nr. 2) mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
2. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten- oder eine Krankentage-

geldversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis 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.

3. Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel den Beitrag oder vermindert er die Leistung oder macht er in der Krankentagegeldversicherung von seinem Recht auf Herabsetzung oder Umstellung auf längere Karenzzeiten Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, daß bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der versicherten Personen binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
5. Der Versicherungsnehmer kann, wenn 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 gesamten Versicherungsverhältnisses zum Ende des Monats verlangen, in dem die Anfechtung oder der Rücktritt zugegangen ist oder die Kündigung wirksam wird.
6. Ist die Versicherung auf die Person eines anderen genommen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, daß die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Mit dem Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.
2. Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Gebiet außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes, endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person, es sei denn, daß mit dem Versicherer eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

§ 20 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

1. Stirbt der Versicherungsnehmer oder kündigt er das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die betroffenen versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis nach ihrer Wahl für alle oder mehrere betroffene Personen oder nur für ihre eigene Person unter Benennung eines anderen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses muß innerhalb von zwei Monaten abgegeben werden.
2. Ist der Ehegatte des Versicherungsnehmers versicherte Person, kann jeder Ehegatte, wenn die Ehe geschieden wird oder die Ehegatten nicht nur vorübergehend getrennt leben, unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers verlangen, daß die auf ihn genommenen Versicherungen in einem selbständigen Versicherungsverhältnis fortgesetzt werden.

§ 21 Klagefrist

Wird ein Anspruch auf Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht, nachdem der Versicherer ihn unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat, ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei.

§ 22 Inländische Gerichtsstände

1. Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können gegen den Versicherer in Mannheim oder, soweit der Versicherungsvertrag unmittelbar von einer Zweigniederlassung des Versicherers aus abgeschlossen wurde, am Sitz der Zweigniederlassung erhoben werden. Hat ein Versicherungsvertreter den Vertrag vermittelt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte (§ 48 VVG).
2. Der Versicherer kann Klagen aus dem Versicherungsverhältnis an dem für den Wohnsitz oder dem für eine gewerbliche Niederlassung des Versicherungsnehmers örtlich zuständigen Gericht erheben.

§ 23 Schriftform; Vollmacht des Vertreters

1. Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers bedürfen der Schriftform.
2. Der Versicherungsvertreter, der den Vertrag vermittelt hat oder laufend betreut, ist bevollmächtigt, Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen, er darf jedoch nicht auf die vorgeschriebene Schriftform verzichten.

§ 24 Änderung der Bedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt,
 - a) bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens die Allgemeinen Bedingungen und die Versicherungsbedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif den veränderten Verhältnissen anzupassen,
 - b) eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen, die unwirksam ist, zu ändern, wenn zur Fortführung des Vertrages seine Ergänzung notwendig ist,sofern die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.
2. Die Änderungen werden zum Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 25 Gesetzliche Vorschriften

1. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.
2. Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ist dem Bedingungstext beigefügt. Er enthält insbesondere die vorstehend erwähnten Bestimmungen und die in den Bedingungen für den jeweils vereinbarten Tarif erwähnten gesetzlichen Vorschriften.