

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil I	Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 94)
Teil II	SIGNAL Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KT

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag 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 verpflichtet, einen solchen Antrag anzunehmen. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wag-nis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.
- (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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) In den Tarifen mit Karenzzeiten ab 42 Tage werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung seines Entgeltes zusammenzählen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengezählt.
- (2) Der Tarif kann Regelungen für eine Teilarbeitsunfähigkeit vorsehen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KT

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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird.
- (2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
- (3) Bei Übertritt aus einem Tarif mit niedrigeren Leistungen bzw. bei Erweiterung des Versicherungsschutzes und/oder bei Wahl kürzerer Karenzzeiten (Umstufungen) finden die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt der im Versicherungsschein genannte Zeitpunkt. Der Versicherer kann die Annahme des Antrages auf Umstufungen von besonderen Bedingungen abhängig machen. Insbesondere kann er zu den Beiträgen einen Risikozuschlag auf den der Mehrleistung entsprechenden Beitragsteil erheben oder die Leistungen für bestehende Krankheiten auf den bisherigen Leistungsumfang beschränken. Auf laufende Versicherungsfälle bezieht sich eine Umstellung, bei der eine Leistungsverbesserung erzielt wird, nicht.

§ 3 Wartezeiten

Teil I MB/KT

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Der Tarif kann Regelungen für einen Verzicht auf Wartezeiten vorsehen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I MB/KT

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

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

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum 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 Absatz 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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Abweichend von § 4 (2) Teil I können bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes für Arbeitnehmer solche Krankentagegelder unberücksichtigt bleiben, die zur Abdeckung von Beitragszahlungen zur Krankenversicherung, gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung anfallen.

(2) Abweichend von § 4 (4) Teil I wird die Leistungsverpflichtung für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall nicht berührt, wenn der Versicherer von seinem Recht auf Herabsetzung des Tagegeldes Gebrauch macht.

(3)

a) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.

b) Entsprechend § 4 (3) Teil I ist bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

c) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Gehalt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, so kann er entsprechend § 4 (4) Teil I ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf die der Gehaltsfortzahlung entsprechend längere Karenzzeit umstellen.

d) Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(4a) Dem Versicherungsnehmer wird spätestens alle drei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung der letzten Jahre zu erhöhen. Das versicherbare Krankentagegeld der versicherten Personen darf dabei nicht überschritten werden.

Die Anpassung (Erhöhung) kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im jeweiligen Anpassungsjahr übersandten Vor- druck beantragt werden. Das Antragsformular nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann, und die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, muss der Versicherer den fristgerecht eingehenden Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen; die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrags beim Versicherer folgt.

(4b) Erhöht sich das Nettoeinkommen aufgrund individueller Einkommenssteigerungen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel des Tarifs). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in

diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

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

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

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

(5) Der Tarif kann weitere Regelungen für individuelle Anpassungen bei Erhöhung des Nettoeinkommens vorsehen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I MB/KT

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsergebnisse 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 Alkoholkonsum 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 Aufenthaltswortzweck abhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Die Einschränkung nach § 5 (1) c) Teil I entfällt.

(2) Abweichend von § 5 (1) d) Teil I besteht bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige. Für diese Leistungszusage gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Der Tarif kann eine andere Regelung vorsehen.

(3) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1) f) Teil I gilt nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

(4) Abweichend von § 5 (2) Teil I wird das versicherte Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch

notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort gezahlt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I MB/KT

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Das Krankentagegeld wird wöchentlich nachschüssig gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.
- (2) Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.
- (3) Kosten für Überweisung von Krankentagegeld werden nicht berechnet.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KT

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

Teil I MB/KT

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Absatz 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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.
- (2) Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I MB/KT

- (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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Für Jugendliche ist von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der niedrigste Erwachsenenbeitrag der versicherten Stufe zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) Teil I.

Für Versicherte, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter vermerkte Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Eintritts in diesen Tarif.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I MB/KT

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Die in § 8 b (1) Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für die einzelnen Tarifstufen eines Tarifs sowie für Männer, Frauen und Kinder (einschl. Jugendliche) durchgeführt. Ergibt sich für wenigstens eine dieser Gegenüberstellungen eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, so werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- (2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz 10 %.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I MB/KT

- (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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit (AU) ist dem Versicherer spätestens bis zu dem Tag zu melden, von dem an das Krankentagegeld gezahlt wird. Eine ärztliche Bescheinigung über die AU mit Angabe aller Krankheiten (vollständige Diagnose) ist beizufügen oder innerhalb von 3 Tagen nachzureichen.

Fortdauernde AU ist dem Versicherer 14-tägig nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I MB/KT

- (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 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem bekannt werden 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

Teil I MB/KT

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

Teil I MB/KT

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

Teil I MB/KT

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Für eine nachträglich mitversicherte Person endet das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des zuerst Versicherten.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I MB/KT

- (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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Sofern der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:

Für versicherte Personen, die keinen gesetzlichen Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers haben, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (1) Teil I, wenn eine Vorversicherung nach § 3 (5) Teil I anzurechnen ist. Der Kündigungsverzicht ist auf die Höhe des früheren Krankengeldanspruchs beschränkt.

Hätte bei Fortbestehen der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der ordentlichen Kündigung des Versicherers der Krankengeldanspruch allein aufgrund einer allgemeinen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze einen höheren Krankengeldanspruch ergeben, so verzichtet der Versicherer auch insoweit auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I MB/KT

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.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Wird das Versicherungsverhältnis wegen der Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 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 oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, bei erst späterem bekannt werden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen in dem selben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

(2) Nach Vollendung des 65. Lebensjahres kann die Fortführung der Versicherung beantragt werden, sofern noch Versicherungsfähigkeit besteht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I MB/KT

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

§ 17 Klagefrist/Gerichtsstand

Teil I MB/KT

(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 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 Gewerbetriebes hat.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I MB/KT

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

- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
- c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

In den Fällen der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

(2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitest gehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

(3) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 2 gilt entsprechend.