



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 1994 (MB/KT 94)

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(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 zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

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

zu § 1

Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht überschritten und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (6)

Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 2

Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

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

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

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 3 (1)

Wartezeiten bei Abschluss einer Krankentagegeldversicherung in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung

Wird eine Krankentagegeldversicherung mit einer Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen, entfallen sämtliche Wartezeiten.

zu § 3 (3)

Verzicht auf besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

zu § 3 (4)

Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen - gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer - an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

zu § 3 (5)

Höhe des anrechenbaren Krankengeldes

Abweichend von § 3 (5) entfällt bei den Wartezeiten die Begrenzung auf die Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs.

zu § 3 (6)

Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei Erweiterung des Versicherungsschutzes, soweit dies der Erhöhung des Nettoeinkommens und/oder - hinsichtlich des tariflichen Leistungsbeginns bei Arbeitnehmern - der Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit entspricht, wird auf die Wartezeiten gemäß § 3 (6) und auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach der eingetretenen Änderung bzw. nach (späterem) Bekanntwerden der Änderung zum nächsten Monatsersten gestellt wird und ein Krankentagegeld von mindestens 30 Euro vereinbart ist. Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, wenn der Antrag vor Eintritt des Versicherungsfalles beim Versicherer eingegangen ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(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 Vertrag

zu Grunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

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

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

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

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

zu § 4 (2)

Höhe des Krankentagegeldes

Zum Nettoeinkommen gehören z.B. auch Beiträge zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

Mindestkarenzzeit

Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit der gewählten Tarifstufe nicht kürzer sein als die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit.

zu § 4 (3) und (4)

Meldepflicht bei zeitlicher Verlängerung des Anspruchs auf Fortzahlung des Arbeitseinkommens (Einkommen aus nicht selbstständiger Arbeit)

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine nicht nur vorübergehende zeitliche Verlängerung des oben bezeichneten Anspruchs unverzüglich mitzuteilen.

Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit über die bei Vertragsabschluss oder späterer Vereinbarung festgelegte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, ist er berechtigt, unabhängig davon, ob der Versicherungsfall eingetreten ist, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats auf einen Tarif mit entsprechend längerer Karenzzeit umzustellen. Die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit wird bis zum Zeitpunkt der Umstellung nicht berührt.

zu § 4 (7)

Kosten der Nachweise

Der Versicherer trägt auch die Kosten der Nachweise, soweit es sich um Anzeigen über Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit handelt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen 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 Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
 - e) 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;
 - f) 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;
 - g) 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 Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

zu § 5 (1) b)

Entziehungsmaßnahmen

Der Versicherer zahlt bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die kein anderweitiger Anspruch auf Lohnersatzleistungen besteht, das vereinbarte Krankentagegeld, wenn und soweit der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

zu § 5 (1) c)

Fortfall der Leistungseinschränkung bei Alkoholgenuss

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 (1) c) entfällt.

zu § 5 (1) d)

Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft

Für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird im tariflichen Umfang geleistet. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.

zu § 5 (1) g)

Leistungen bei Rehabilitationsmaßnahmen

Ist im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (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 ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

zu § 6 (1)

Auszahlung des Krankentagegeldes

Das Krankentagegeld ist auf dem vom Versicherer vorgesehenen Vordruck geltend zu machen. Es wird nach Vorlage der geforderten Nachweise für zurückliegende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit in der Regel in Zeitabständen von zwei Wochen gezahlt.

zu § 6 (4)

Inlandskonto

Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benannt hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten 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

(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 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

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

zu § 8

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet gemäß Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils in Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde fest.

zu § 8 (1)

Beitragsrate

Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt, und dem Geburtsjahr.

zu § 8 (2)

Skonto

Der Versicherer räumt bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2% bei halbjährlicher Zahlung und 4% bei Jahreszahlung ein.

zu § 8 (3)

Fälligkeit des Erstbeitrags

Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

zu § 8 (5)

Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 Euro. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

zu § 8 (6)

Beitragszahlung bei Eintritt der Versicherungspflicht

Endet die Versicherung einer versicherten Person nach Eintritt der Versicherungspflicht (vgl. §13 (3)) nicht zum Monatsende, werden die Beiträge für den jeweiligen Rumpfmontat tageweise abgerechnet. Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 der zu zahlenden Beitragsrate.

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkraft-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.

zu § 8 a (2)

Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

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

(3) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungs-

nehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

zu § 8 b (1)

Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für mindestens eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe eine Abweichung von mehr als 10 Prozent (tariflich festgelegter Vorphundertatz), werden die Beiträge aller Beobachtungseinheiten dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können diese vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

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

zu § 9 (1) Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der Karenzzeit unter Angabe der Diagnose und der voraussichtlichen Dauer anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordruck zweiwöchentlich nachzuweisen.

zu § 9 (2)

Nachweise

Dem Versicherer sind auf Verlangen die Nachweise vorzulegen, aus denen sich die Begründung für die Höhe des Krankentagegeldes ergibt.

Wird Berufs-, Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente beantragt, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

zu § 9 (3)

Frist für die Untersuchung

Die versicherte Person muss die Untersuchung zu dem vom Versicherer vorgegebenen Termin durchführen lassen. Unterlässt sie dies ohne umgehende genügende Begründung, wird bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld erst ab dem Tag gezahlt, an dem die geforderte Untersuchung nachgeholt wurde.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

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

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

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

zu § 13 (1)

Vertragsdauer

Der Vertrag wird pro Person und Tarif für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt hat. Beträgt die Dauer des ersten Versicherungsjahres weniger als drei Monate, so kann mit Wirkung zum Ende dieses Jahres auch ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

zu § 13 (3)

Mutterschutz und Erziehungsurlaub

§ 13 (3) findet entsprechende Anwendung auf den Beginn der gesetzlichen Mutterschutzfrist bzw. des Erziehungsurlaubs. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für Selbstständige und Freiberufler.

zu § 13 (3)

Ruhe der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend infolge Versicherungspflicht eines Familienmitglieds kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird, eine versicherte Person vorübergehend in eine studentische Pflichtversicherung eintreten muss oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Diese Regelung findet auch Anwendung im Hinblick auf die vorstehende Tarifbedingung (Mutterschutz und Erziehungsurlaub). Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

In unmittelbarem Anschluss an die Ruhezeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für längstens zwei Jahre möglich. Bei weiterbestehender Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.

Nach Beendigung der Ruhezeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhezeit eingetreten sind, Tagelöhler gezahlt, soweit noch tarifliche Ansprüche bestehen.

zu § 13 (6)

Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

(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.

zu § 14 (1)

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (1), wenn für die versicherte Person gleichzeitig eine ungekündigte private Krankheitskostenvollversicherung besteht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- 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;
- 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;
- mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird;
- 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;
- mit dem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

zu § 15

Wechsel der beruflichen Tätigkeit

Beim Wechsel der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person hat der Versicherungsnehmer das Recht, insoweit die Fortsetzung der Versicherung in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

zu § 15 a) und b)

Ende des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitslosigkeit bzw. Berufsunfähigkeit

Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles berufsunfähig oder arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit.

zu § 15 b) Anwartschaft

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit, wegen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder wegen Arbeitslosigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer dieser Ereignisse hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Beginn bzw. Eintritt des Ereignisses, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

zu § 15 c) Altersgrenze

Nach Vollendung des 65. Lebensjahres kann die Fortführung der Versicherung zu besonderen Bedingungen vereinbart werden, sofern noch Versicherungsfähigkeit besteht.

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 ge-

richtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

- 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 des 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 Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Abs. 3 gilt entsprechend.