SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KT

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (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 nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden 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 einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Teil II

(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.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

Teil I MB/KT

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang).

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer unverzüglich nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 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

(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.

(4) Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Arbeitsunfähigkeitstage geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Karenzzeit liegen. Dabei rechnet die Karenzzeit auch in diesem Falle ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

§ 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 der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder 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 Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

Teil II

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 zwölf 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) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von zwölf Monaten unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.
Für einen Arbeitnehmer sind die letzten zwölf Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten zwölf Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch 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, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), 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 Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b),

eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

(1) Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil I und ergänzend zu § 4 Abs. 4 Teil I gilt für die Ermittlung des Nettoeinkommens Folgendes:

a) Arbeitnehmer
Bei Arbeitnehmern errechnet sich das Nettoeinkommen aus der versicherten nichtselbstständigen Tätigkeit wie folgt:
Ausgehend von dem auf den Monat umgerechneten Bruttolohn bzw. -gehalt werden von diesem die Lohn- und Kirchensteuer, der Solidaritätszuschlag sowie die Arbeitnehmeranteile zu den Beiträgen zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung abgezogen. Hinzuaddiert wird, wenn kein Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, der Arbeitgeberanteil zu den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung. Eine Absicherung von 80 % des Gesamtbeitrags (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) zur Rentenversicherung ist zusätzlich möglich.
Zusätzliche Einkünfte aus zusätzlich versicherter selbstständiger Tätigkeit sind nach den Regeln des Teil II Abs. 1b) zu bestimmen.

b) Selbstständige
Bei versicherter selbstständiger Tätigkeit (z. B. Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, freiberufliche Tätigkeit) errechnet sich das Nettoeinkommen wie folgt:
Ausgehend vom Bruttoeinkommen (dies ist der Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG - siehe Anhang) werden von diesem die über den Steuerbescheid nachgewiesene Einkommens- sowie Kirchensteuer und der Solidaritätszuschlag abgezogen. Hinzu können die Beiträge zur eigenen privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie gesetzlichen Rentenversicherung addiert werden.
Liegt der Steuerbescheid noch nicht vor, gilt als Ausgangswert pauschal 75 % des Bruttoeinkommens.

(2) Ergänzend zu § 4 Abs. 3 Teil I ist der Versicherungsnehmer nur dann verpflichtet dem Versicherer die Minderung des Nettoeinkommens mitzuteilen, wenn die Differenz des abgesunkenen und auf den Tagessatz umgerechneten Nettoeinkommens mehr als 10 % zum tatsächlich versicherten Krankentagegeldsatz beträgt. Ebenfalls verpflichtet zur Mitteilung ist der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Nettoeinkommenssenkung, wenn er nicht nachweisen kann, dass von diesem Zeitpunkt an gerechnet in einem halben Jahr das Nettoeinkommen wieder auf die ursprüngliche Höhe oder darüber hinaus steigen wird. Beträgt die Senkung des Nettoeinkommens nicht mehr als 10 % zum tatsächlich versicherten Krankentagegeldsatz oder dauert die Absenkung des Nettoeinkommens nicht länger als ein halbes Jahr an, verzichtet der Versicherer auf sein Herabsetzungsrecht.

(3) Abweichend von § 4 Abs. 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.

(4)

a) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.
b) Entsprechend § 4 Abs. 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 Abs. 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.

(5) 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 Vordruck 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.

(6) Erhöht sich das Nettoeinkommen aufgrund individueller Einkommenssteigerungen (auch nachdem der Versicherungsnehmer zuvor bedingungsgemäß zur Herabsetzung verpflichtet war) oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers (bei Arbeitnehmern z. B. in Verbindung mit Vorlage der Gehaltsabrechnung, bei Selbstständigen z. B. per Vorlage des Steuerbescheids) eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel des Tarifs). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß § 1 Abs. 5 Teil I mit der Ausnahme Anwendung, dass für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung entfallen, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens gestellt wird und sich vom Umfang auf die tatsächliche Änderung beschränkt.
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.

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

(8) Abweichend von § 4 Abs. 9 Teil I erbringt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage.

(9) Bei Eintritt von Arbeitslosigkeit sind die weiteren Bestimmungen zum Umfang des Versicherungsschutzes in § 15 Teil II Abs. 1 und Abs. 2 zu beachten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I MB/KT

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

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

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 gewöhnlichen Aufenthalt 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 gewöhnlichen Aufenthaltes 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 gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II
(1) Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1a) Teil I.

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

(3) Abweichend von § 5 Abs. 1d) 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 acht Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Der Tarif kann eine andere Regelung vorsehen.

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

(5) Abweichend von § 5 Abs. 1g) Teil I wird im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang auch während einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger gezahlt, wenn und soweit der Versicherer aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

(6) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Abs. 2 Teil I entfällt.

§ 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 § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Teil II
(1) Das Krankentagegeld wird wöchentlich nachschüssig gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.

(2) Für eine Geltendmachung des Anspruchs nach § 1a Teil I und die Berechnung der in § 1a Abs. 1 Teil I beschriebenen Zeiträume vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend und zu erbringen (z. B. Kopie des Mutterpasses). In dem Zeugnis muss der durch den Arzt oder die Hebamme errechnete mutmaßliche Termin der Entbindung angegeben sein. Im Fall des Irrtums des Arztes oder der Hebamme über den Entbindungstermin verkürzt oder verlängert sich der Zeitraum entsprechend.
Soweit der versicherten Person im Zeitraum der Schutzfristen Ansprüche auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- oder Elternzeitgesetz oder auf einen anderweitigen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zustehen, sind die entsprechenden Belege zusammen mit dem o. g. Zeugnis einzureichen.
Auf Grundlage des eingereichten Zeugnisses und der weiteren Belege errechnet der Versicherer die Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und zahlt das Krankentagegeld nachschüssig bis einschließlich dem Entbindungstag. Für die Krankentagegeldzahlung nach dem Entbindungstag (Schutzfrist gemäß § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes - siehe Anhang) erfolgt die Auszahlung, sobald dem Versicherer der tatsächliche Geburtstermin durch eine Kopie der Geburtsurkunde dargelegt wird.

(3) Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

(4) 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 Abs. 1 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, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang 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 Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

Teil II
(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

(2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

(3) Fällt aufgrund der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Versicherungssteuer oder eine andere Abgabe an, kann sich dadurch der Zahlbeitrag entsprechend erhöhen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer unverzüglich über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der in Satz 1 genannten Staaten zu informieren.

(4) Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a 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 Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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 Älterwerdens 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 Risikozuschläge 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
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 § 8a Abs. 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.

§ 8b Beitragsanpassung
Teil I MB/KT
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) *(entfallen)*

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II
(1) Die in § 8b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen 10, für die Sterbewahrscheinlichkeiten 5.

§ 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 kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. 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 und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges 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
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 drei Tagen nachzureichen. Fortdauernde AU ist dem Versicherer 14-tägig nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Teil I MB/KT
(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(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 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander 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 drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. 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 von zwei Monaten 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
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
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 Abs. 1 Teil I, wenn eine Vorversicherung nach § 3 Abs. 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

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
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) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Teil II

(1) Abweichend von den im Tarif (Teil III) geregelten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann die Krankentagegeldversicherung für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V - siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit wurden, auch im Falle von Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit solange weitergeführt werden, als sie Ansprüche gegen die Bundesagentur für Arbeit haben.
Die von der Bundesagentur für Arbeit für die versicherte Person erbrachten Leistungen (Arbeitslosengeld, Beitragszuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gemäß § 207a Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III - siehe Anhang) sowie Beiträge für eine Antragspflichtversicherung zur gesetzlichen Rentenversicherung) bilden das versicherbare Einkommen. Dieses vermindert sich, wenn eine weitere Krankentagegeldversicherung besteht, um den dort vereinbarten Tagessatz. Ab Eintritt der Arbeitslosigkeit wird das Krankentagegeld bei gleichzeitiger Anpassung des Beitrages und gegebenenfalls vereinbarter Risikozuschläge auf das versicherbare Einkommen herabgesetzt. Eine entsprechende Anpassung wird auch bei einer Minderung der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit vorgenommen.
Das Krankentagegeld wird ab dem 43. Tag einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit anstelle der weggefallenen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit wird Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an, erbracht. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Soweit die Bundesagentur für Arbeit Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei ihren Leistungen zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
Als berufliche Tätigkeit gemäß § 1 Abs. 3 Teil I gilt hinsichtlich der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit die von der Bundesagentur für Arbeit bei ihren Leistungen zugrunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit; sinngemäß gilt dies auch für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit gemäß § 15 Abs. 1b) Teil I.
Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gemäß § 5 Abs. 1d) Teil I gilt bei Arbeitslosigkeit sinngemäß.
Bei Wiederaufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses kann, soweit Versicherungsfähigkeit besteht, im Rahmen der bestehenden Tarife ein Krankentagegeld in Höhe des dann maßgeblichen Nettoeinkommens ohne erneute Risikoprüfung vereinbart werden. Gleichzeitig tritt die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit vereinbarte Karenzzeit wieder in Kraft. Wird der Antrag auf Umstellung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme gestellt, kann die Annahme höherer als zuletzt vereinbarter Tagegeldleistungen von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für diese Leistungen sind die Wartezeiten zu erfüllen.

(2) Entfallen die im Tarif (Teil III) festgelegten sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit, endet das Versicherungsverhältnis zunächst nicht. Hat der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten die sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit nicht geschaffen oder hat er kein Angestelltenverhältnis begründet, endet die Krankentagegeldversicherung, spätestens aber mit Bezug von Bürgergeld.

(3) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts 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 zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, bei erst späterem Bekanntwerden 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 Person 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.

(4) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, endet das Versicherungsverhältnis mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres kann der Neuabschluss einer Krankentagegeldversicherung nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) verlangt werden, sofern noch Versicherungsfähigkeit besteht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Teil I MB/KT
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand
Teil I MB/KT
(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
Teil I MB/KT
(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis:
Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis:
Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.