

# Vertragsgrundlage 403

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

### Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) §§ 1-18

#### Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB) Nr. 1-33

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufall 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.

#### Nr. 1 Besondere Bedingungen

(1) Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn

- das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist, oder
- der Wohnsitz oder Arbeitsplatz außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers liegt.

#### Nr. 2 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die

- ihren Beruf als Selbständige ausüben, regelmäßige Einkünfte erzielen und einkommenssteuerpflichtig sind (Selbständige), wenn und solange die zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit erforderlichen sachlichen Voraussetzungen fortbestehen,
- gegen Entgelt in einem Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmer). Personen in einem Zeitarbeitsverhältnis sind nicht versicherungsfähig.

Einkünfte aus Nebentätigkeiten sind nicht versicherungsfähig.

Die Versicherungsfähigkeit endet, wenn der Versicherungsnehmer Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente hat.

Arbeitnehmer können nur in Tarifen mit mindestens 42 Karenztage - leistungsfreie Tage - seit Beginn einer Arbeitsunfähigkeit versichert werden.

(2) Die Versicherungsfähigkeit kann im Tarif näher bestimmt werden.

(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.

#### Nr. 3 Leistungsvoraussetzungen, Teil-Arbeitsunfähigkeit

(1) Krankentagegeld wird für die nach Ablauf der Karenzzeit noch bestehende Dauer einer Arbeitsunfähigkeit gezahlt, in der die versicherte Person nach medizinischem Befund völlig arbeitsunfähig ist und keinerlei, auch nicht teilweiser Erwerbstätigkeit nachgeht.

(2) Bei Arbeitnehmern wird Krankentagegeld im Rahmen einer beruflichen stufenweisen Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX auch gezahlt, wenn keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

Die Zahlung erfolgt bis zum Ende der Wiedereingliederung, längstens jedoch für insgesamt 6 Monate. Voraussetzung der Leistung ist, dass der Versicherungsnehmer eine Bestätigung des Arbeitgebers einreicht, aus der sich ergibt, ob und in welcher Höhe Vergütung gezahlt wird. Gezahlte Vergütungen werden insoweit angerechnet.

Nr. 3 Abs. 3 und 4 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Der Versicherer leistet auch anteilig bei Teil-Arbeitsunfähigkeit. Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor,

- wenn im unmittelbaren Anschluss an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. § 1 Abs. (3) MB/KT 2009 die berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund wieder teilweise aufgenommen wird bzw. werden kann und
  - solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50% beträgt.
- (4) Bei einer Teil-Arbeitsunfähigkeit wird höchstens für 6 Wochen geleistet. Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.

(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. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(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.

#### Nr. 4 Ausland

(1) Für Arbeitnehmer wird der in § 1 Abs. (6) MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf das europäische Ausland ausgedehnt.

(2) Für Selbständige wird der in § 1 Abs. (6) MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf das europäische Ausland ausgedehnt, solange nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnsitz in Deutschland ausgeschlossen ist. Dabei wird das Krankentagegeld nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.

(3) Die in § 1 Abs. (7) MB/KT 2009 für das europäische Ausland bei stationärer Behandlung vorgesehene Leistung wird weltweit für alle versicherten Personen gezahlt.

(4) Soweit der Versicherungsschutz uneingeschränkt auf Europa ausgedehnt ist, entfällt die Beschränkung nach § 5 Abs. (1) f MB/KT 2009 auf den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Als gewöhnlicher Aufenthalt gilt dann der in einem europäischen Land.

## § 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.

Nr. 5 entfällt

## § 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 aufgrund besonderer Vereinbarungen 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.

## Nr. 6 Wartezeitverzicht

(1) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten. Darüber hinaus verzichtet er auch auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeiten, wenn und solange der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung umfasst.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

(2) Bei nachweislich unmittelbarem Übertritt aus der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung schließt der Versicherungsschutz direkt an die Vorversicherung an.

(3) Wenn und soweit Wartezeiten vorgesehen sind, können diese aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeit wird dann nicht erlassen.

Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

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

## Nr. 7 Erhöhung des Krankentagegeldes

(1) Der Versicherer bietet für Versicherte mit einer Krankheitskostenvollversicherung jeweils am Jahresanfang befristet und ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung des Krankentagegeldes an.

Das Erhöhungsangebot des Versicherers orientiert sich an der Steigerung der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Sozialversicherung und ist auf 5% des versicherten Krankentagegeldes begrenzt. Der Betrag wird auf volle 5,- Euro gerundet. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise anzunehmen oder, wenn er nach mehreren Tarifen mit unterschiedlichen Karenzzeiten versichert ist, anders zu verteilen. Er darf das Erhöhungsangebot nicht annehmen, wenn sich das Nettoeinkommen (vgl. Nr. 10 der Tarifbedingungen) der versicherten Person nicht erhöht hat.

Erhöhungsangebote des Versicherers unterbleiben, sobald die Höchstgrenze von 200,- Euro erreicht ist. Der Versicherer wird die mögliche Anpassung der Höchstgrenze aufgrund der Einkommensentwicklung einer regelmässigen Überprüfung unterziehen und, soweit eine Anpassung erforderlich erscheint, mit Zustimmung des juristischen Treuhänders anpassen.

(2) Darüber hinaus kann die versicherte Person Anpassung des Krankentagegeldes beantragen, wenn sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit erhöht hat. Das Krankentagegeld kann im Verhältnis der aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden. Dem Antrag ist ein Nachweis über die aktuelle Veränderung des Nettoeinkommens beizufügen. Sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten nach der Veränderung gestellt wird, entfallen Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.

(3)

a) Besteht bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, ein Versicherungsschutz mehr als drei Jahre, verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes um nicht mehr als 30% bzw. Tarifwechsel innerhalb der gleichen Versicherungsart auf die Einhaltung der Wartezeiten.

b) Besteht bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, ein Versicherungsschutz keine drei Jahre oder ist die Erhöhung mehr als 30%, gilt § 3 MB/KT 2009 sinngemäß für die Mehrleistung aus dem neuen Versicherungsschutz. Diese Einschränkung entfällt, soweit der Versicherungsschutz aufgrund einer im Tarif vorgesehenen allgemeinen Anpassung des Leistungsumfangs erhöht wird.

(4) Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt der in Nr. 3 geregelten Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt.

(5) Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend.

(6) Bei Änderung der Gehaltsfortzahlung einer versicherten Person gilt Nr. 9 der Tarifbedingungen.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

## Nr. 8 Leistungsdauer/höhe

(1) Das versicherte Krankentagegeld wird von dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt - Ablauf der Leistungsfreien Tage (Karenzzeit) - an gezahlt, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Bei Arbeitnehmern werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen, die der Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgelts zusammenrechnen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet.

(3) Bei selbständig Tätigen werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet, wenn zwischen den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mehr als 28 Tage liegen und die wiederholte Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche ab Beginn dem Versicherer durch ärztliches Attest mitteilt. Eine Anrechnung erfolgt nur bei Tarifen mit mindestens 21 Karenztagen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentagegeld 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.

Nr. 8 a Maßgeblich für Berechnung des Nettoeinkommens ist abweichend von § 4 Abs. 2 MB/KT 2009 ausschliesslich der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

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

#### Nr. 9 Entgeltfortzahlung

(1) Eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

(2) Bei Arbeitnehmern wird die Karenzzeit im Falle der Änderung der Entgeltfortzahlung im bestehenden Tarifsystem ohne Risikoprüfung angepasst, wenn der Nachweis innerhalb zweier Monate nach Änderung erbracht wird.

Diese Regelung entfällt, wenn die versicherte Person angestellter Geschäftsführer einer juristischen Person und gleichzeitig Gesellschafter derselben ist.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

#### Nr. 10 Nettoeinkommen/Nachweis

(1) Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar.

(2) Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% der Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb bzw. Land- und Forstwirtschaft nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes versicherbar.

(3) Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.

(4) Das Nettoeinkommen bei Abschluss des Vertrages und während der Vertragslaufzeit sowie die Dauer der Gehaltsfortzahlung und deren Veränderungen sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

(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. Sanatoriumsbehandlungen 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.

#### Nr. 11a Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

Abweichend von § 4 Abs. 9 MB/KT 2009 wird das tarifliche Krankentagegeld während eines Aufenthaltes in einer Gemischten Anstalt auch ohne vorherige Zusage des Versicherers gezahlt.

#### Nr. 11b Beitragsrückerstattung (BRE)

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.

Dies kann geschehen durch:

Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

(4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass

- ein Tarif, für den Beitragsrückerstattung gezahlt werden soll, während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,
- Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden,
- die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten 7 Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde).

(5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifes maßgebend, die für den Juni des abgelaufenen Geschäftsjahres zu zahlen war.

#### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- 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;

#### Nr. 12a Unvorhersehbare Kriegsereignisse/Mittelbar durch Kriegsereignisse

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KT 2009 wird für Versicherungsfälle die in der ersten Woche nach Kriegsbeginn eingetreten sind das vereinbarte Krankentagegeld gezahlt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten

unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird auch für Versicherungsfälle das vereinbarte Krankentagegeld gezahlt, die nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist eingetreten sind.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KT 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb Deutschlands verursacht werden.

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

#### Nr. 12b Entziehungsmaßnahme

Abweichend von § 5 Abs. 1b MB/KT 2009 wird einmalig für die erste Entziehungsmaßnahme 80% des versicherten Krankentagegeldes maximal jedoch 70,- Euro pro Tag nach Abzug der vereinbarten Karenzzeit und unter Anrechnung eines bereit gestellten Übergangsgeldes gezahlt.

- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind;

#### Nr. 12c Fortfall der Leistungseinschränkung

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Abs. (1) c MB/KT 2009 entfällt.

- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

#### Nr. 13 Schwangerschaft

Leistungspflicht besteht außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen, wenn vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.

- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

#### Nr. 14a Mutterschutz-Pauschale

Der Tarif kann Regelungen für eine Mutterschutz-Pauschale vorsehen.

- 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 Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

#### Nr. 14b Medizinisch notwendiger Ortswechsel

Die Leistungseinschränkung entfällt, wenn dringende medizinische Gründe einen Ortswechsel erforderlich machen und dies vor dem Ortswechsel durch ärztliches Attest nachgewiesen wird.

- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

#### Nr. 15a Ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit

Abweichend von § 5 Abs. 1g MB/KT 2009 wird Krankentagegeld gezahlt, wenn vor Beginn der Behandlung eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von 2 Wochen nachgewiesen wurde.

#### Nr. 15b Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Werden aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung (ausgenommen Tarif KUR) Leistungen bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung erbracht, dann wird - soweit es sich nicht um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt und die Karenzzeit abgelaufen ist - auch Krankentagegeld gezahlt. Dies jedoch längstens für 28 Tage.

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

#### Nr. 15c Fortfall der Leistungseinschränkung

§ 5 Abs. 2 MB/KT 2009 entfällt.

### § 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.

#### Nr. 16 Termin der Auszahlung/Kosten der Nachweise

Fällige Krankentagegelder werden bedingungsgemäß nachträglich für die nachgewiesene Dauer ausgezahlt.

(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.

#### Nr. 17 entfällt

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

#### Nr. 18 Überweisungs- und Übersetzungskosten

Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

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

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

#### Nr. 19 Eintrittsalter

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

(2) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(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.

#### Nr. 20 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlass

(1) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt das Datum des Versicherungsbegins nach dem in § 8 Abs. 3 MB/KT 2009 genannten Fälligkeitszeitpunkt, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(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 Folgebetrages 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 auf Grund 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.

#### Nr. 21 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den jeweils gültigen "Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)", auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen, vereinbaren.

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

### § 8a Beitragsberechnung

(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 die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche 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 Altersrückstellung 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.

### § 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufiger 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.

#### Nr. 22 Anpassungsfaktor

Der in Abs. 1 Satz 3 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrundeliegenden Tarifen 10%.

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

### § 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 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.

#### Nr. 23 Obliegenheiten

Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen auf den von ihm zur Verfügung gestellten Vor drucken - mindestens aber in 14-tägigen Abständen - nachzuweisen.

(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 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.

#### Nr. 23a Widersprechende Weisungen

Bei sich widersprechenden Weisungen mehrerer Ärzte ist die Weisung des behandelnden Arztes zu befolgen.

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

Nr. 23b Abhängige/selbständige Beschäftigung (Berufsstatus)  
Als Berufswechsel gilt auch eine Änderung des Berufsstatus.

Nr. 23c Gehaltsfortzahlung

(1) Eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

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

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(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 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

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

Nr. 24 Recht auf Umwandlung

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 ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit für die berufliche Tätigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von begründeten besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

## § 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.

Nr. 25 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungs-pflichtig, 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.

Nr. 26 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KT 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung hinsichtlich des Teils des nachgewiesenen Nettoeinkommens gemäß Nr. 10 Abs. 1 TB 2009, der den durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil übersteigt, das versicherte Krankentagegeld auf den verbleibenden Absicherungsbedarf (§ 4 Abs. 2 MB/KT 2009) zu reduzieren, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund einer 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 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.

### § 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.

Nr. 27 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Selbständigen, wenn und solange die Krankentagegeldversicherung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

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

Nr. 28 entfällt

(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.

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

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;

#### Nr. 29 Arbeitssuche

(1) Tritt Arbeitslosigkeit ein oder wird eine selbständige Tätigkeit aufgegeben, so entfällt die Versicherungsfähigkeit zu dem Zeitpunkt, für den feststeht, dass eine neue Erwerbstätigkeit nicht anstrebt oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit trotz Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

(2) Spätestens 12 Monate nach Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit gilt die Arbeitssuche als gescheitert und die Versicherungsfähigkeit entfällt, sofern bis zu diesem Zeitpunkt keine neue Tätigkeit im Sinne von Nr. 2 der Tarifbedingungen aufgenommen wird.

Tritt innerhalb der 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit ein, so wird die Frist um die Zeit der Arbeitsunfähigkeit gehemmt.

Endet die Versicherung, weil die Arbeitssuche als gescheitert gilt, kann der Vertrag nach Maßgabe des Tarifs als Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden. Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung zu stellen.

(3) Liegt während der Arbeitslosigkeit im Sinne des SGB III eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs.1 Nr. 1a Sozialgesetzbuch V (SGB V) vor, wird das Krankentagegeld über die in Absatz 2 genannte Frist hinaus, nur in geminderter Höhe geleistet. Maßgeblich als versicherbares Einkommen ist das zuletzt bezogene Arbeitslosengeld (ALG I).

Das Krankentagegeld wird nach Ablauf der 6. Woche einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit an Stelle der wegfallenden Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit wird Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je 3 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 gilt hinsichtlich der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit die von der Bundesagentur für Arbeit bei ihren Leistungen zu Grunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit; sinngemäß gilt dies auch für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit nach § 15 AVB Teil I.

Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote nach § 5 Abs. 1 e AVB Teil I gilt bei Arbeitslosigkeit entsprechend.

Bei Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit kann 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 für höhere als zuletzt vereinbarte Tagegeldleistungen von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für diese Leistungen sind die Wartezeiten zu erfüllen.

(4) Das Krankentagegeld darf zusammen mit anderen Krankentagegeldern nicht höher und umfassender sein, als vor dem Zeitpunkt der Erwerbslosigkeit. Andernfalls erfolgt eine Kürzung des Krankentagegeldes um den anderweitigen Tagegeldsatz. Die Kürzung erfolgt rückwirkend zum Beginn der Erwerbslosigkeit.

Eine Dynamik des Krankentagegeldes während der Arbeitslosigkeit/ Nichtausübung einer selbständigen Tätigkeit ist ausgeschlossen.

- 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;

#### Nr. 30 Berufsunfähigkeit

(1) Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet die Gesellschaft aufgrund der eingereichten bzw. von ihr eingeholten Nachweise.

(2) Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente

Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 15 b MB/KT 2009 liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bei Unfähigkeit des Versicherten, mehr als vier Stunden kalendertäglich erwerbstätig zu sein, bezieht. Die Differenz zwischen der Rentenzahlung und dem vertraglich vereinbarten Tagegeld wird für längstens 3 Monate nach Beginn der Rentenzahlung ausbezahlt, sofern nicht bereits wegen festgestellter Berufsunfähigkeit die 3-monatige Nachleistung in Anspruch genommen wurde. Rentenzahlungen, die die versicherte Person - ohne dass der Zustand der Berufsunfähigkeit festgestellt wäre - lediglich aufgrund der Vermutung erhält, dass bei 6-monatigem Zustand ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit mit einer Besserung des Gesundheitszustandes nicht zu rechnen ist (fingierte Berufsunfähigkeit), werden nicht angerechnet. Wegen Bezuges einer solchen Rente aufgrund lediglich fingierter Berufsunfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nicht.

#### Nr. 31 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Endet die Leistungspflicht des Versicherers wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs der Erwerbsminderungsrente bzw. Berufsunfähigkeitsrente 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 bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das ursprüngliche Versicherungsverhältnis tritt auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem der Versicherungsnehmer die o. g. Ereignisse nachweist, der Nachweis hat innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der aufgezählten Ereignissen zu erfolgen. Andernfalls erlischt der Anspruch auf Ausübung der Anwartschaft. Versicherungsschutz wird gewährt unter Zugrundelegung des dann aktuellen Nettoeinkommens, höchstens jedoch in der Höhe, die ursprünglich vereinbart war. Der Versicherungsnehmer hat bei Antragstellung das aktuelle Einkommen nachzuweisen. Liegt das aktuelle Einkommen über dem ursprünglich abgeschlossenen Krankentagegeld, gilt Nr. 7 Abs. 2 entsprechend. Der Antrag auf Anpassung des Krankentagegeldes ist mit dem Antrag auf Wiederinkraftsetzung zu stellen, andernfalls erlischt der Anspruch.

- 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

Nr. 32 Erreichen der Altersgrenze.  
Das Versicherungsverhältnis endet mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

- 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;

Nr. 33 Ehescheidungen, Getrenntleben  
Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 6 MB/KT 2009 gilt entsprechend.

- 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.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

### § 17 Gerichtsstand

- (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

- (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.

## Anhang:

### § 196 VVG: Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Gültig ab 09/11