

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

AVB/KT
gültig für die Krankentagegeldtarife
T01, TA1, T02, TA2, T03, TA3, T04, T06, TA6,
TS6, T13, T26, T39, T52

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Die Annahme des Antrags kann von der Vereinbarung besonderer Versicherungsbedingungen und Risikozuschlägen abhängig gemacht werden; dies gilt auch bei Erweiterung des Versicherungsschutzes sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, dem Tarif, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (6) 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 (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder besondere Versicherungsbedingungen vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. 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.

- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (8) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im 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. Im Einzelfall kann der Versicherungsschutz bei Aufenthalt im Ausland gegen Erhebung eines angemessenen Beitragszuschlags (Risikozuschlags) durch besondere Vereinbarung ausgedehnt werden.

§1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

- (1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaufschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 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 Verdienstaufschlag 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 Verdienstaufschlag 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 Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang).
- (4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.
- (5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 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 der Wartezeit. 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 die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, wie z. B. bei Erhöhung des Krankentagegeldes, bei Verkürzung der Karenzzeit sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die Wartezeit kann erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer das bei Antragstellung ausdrücklich beantragt und innerhalb von vier Wochen auf einem Vordruck der LKH ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorlegt.

- (4) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des versicherten Krankentagegeldes die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit 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.
- (5) Bei Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen über die Wartezeit auch für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, wie z. B. bei Erhöhung des Krankentagegeldes, bei Verkürzung der Karenzzeit sowie bei der Mitversicherung weiterer Personen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Das Mindestkrankentagegeld beträgt 5,- EUR. Es kann in ganzen Vielfachen versichert werden.
- (2) Die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, welche entsprechend den gesetzlichen Regelungen zur Fortzahlung von Arbeitsentgelt bei Arbeitnehmern berechtigterweise zusammenzurechnen sind, werden für tarifliche Karenzzeiten in gleicher Weise berücksichtigt.
- (3) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Hierbei wird das durchschnittliche Nettoeinkommen (vgl. § 4 Abs. 4) der letzten 12 Monate, mindestens aber das der letzten drei Kalenderjahre vor Eintritt des Versicherungsfalles zugrunde gelegt. Bei der Ermittlung des durchschnittlichen Nettoeinkommens innerhalb dieser letzten 12 Monate bzw. drei Kalenderjahre werden auch die der versicherten Person für diese Zeiten gewährten oder noch zustehenden Geldleistungen des Trägers der Arbeitslosenversicherung mitgerechnet – im Einzelnen siehe dazu unten unter Abs. 4, Satz 3.

Versicherten Personen, die bei Eintritt des Versicherungsfalles eine selbstständige Tätigkeit ausüben und bei denen - gerechnet ab dem Eintritt des Versicherungsfalles - die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit noch keine drei Kalenderjahre zurückliegt, wird das versicherte Krankentagegeld ohne die in Abs. 3 Satz 1 genannte Begrenzung gewährt.

Als sonstige Krankengelder, die auf das Krankentagegeld nach Abs. 3 Satz 1 angerechnet werden, gelten solche, die der versicherten Person als Einkommensersatzleistung von öffentlichen oder privaten Leistungsträgern gezahlt werden; hierzu zählen insbesondere auch Verletzengelder der Berufsgenossenschaft.

- (4) Das Nettoeinkommen berechnet sich für Arbeitnehmer und Organmitglieder von Kapitalgesellschaften aus den Bruttoeinkünften aus unselbstständiger Tätigkeit abzüglich der Steuern zuzüglich ggf. des Arbeitgeberanteils der Sozialversicherungsbeiträge. Bei Arbeitnehmern, die einen Anspruch auf Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben, entfällt die Hinzurechnung des Arbeitgeberanteils der Sozialversicherungsbeiträge. Für Zeiten, in denen die versicherte Person wegen Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit kein bzw. kein volles Arbeitseinkommen aus der beruflichen Tätigkeit erzielt hat, zählen als Nettoeinkommen die der versicherten Person deshalb für diese Zeiten gewährten oder noch zustehenden Geldleistungen (Auszahlungsbeträge zuzüglich der gesetzlich vorgeschriebenen Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung oder zu substitutiven Versicherungsträgern) des Trägers der Arbeitslosenversicherung, soweit es sich um Leistungen handelt, deren Gewährung für die Zeiten ausgeschlossen ist, während der die anspruchsberechtigte Person krankheitsbedingt der Arbeitsvermittlung bzw. für eine Arbeitstätigkeit nicht zur Verfügung steht.

Bei Gewerbetreibenden und Freiberuflern wird als Nettoeinkommen mindestens 80% des Bruttoumsatzes anerkannt, soweit der sich daraus ergebende versicherbare Tagessatz den Tageshöchstsatz des Krankentagegeldes für Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. Ansonsten errechnet sich das Nettoeinkommen bei Gewerbetreibenden aus dem Betriebsgewinn (Betriebsgewinn abzüglich Betriebsausgaben) abzüglich der darauf zu zahlenden Steuern und bei Freiberuflern aus den Einnahmen aus der freiberuflichen Tätigkeit abzüglich der auf den Gewinn zu zahlenden Steuern.

- (5) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (6) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen (vgl. § 4 Abs. 4) der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde

gelegten Einkommens, so wird der Versicherer ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Maßgeblich hierfür ist die Höhe des durchschnittlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate, jedoch nicht weniger als die Höhe des durchschnittlichen Nettoeinkommens der letzten drei Kalenderjahre vor Kenntniserlangung des Versicherers. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, tritt an die Stelle der Kenntniserlangung der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder Beschäftigungsverbote aufgrund gesetzlicher Schutzvorschriften bestanden, werden bei der Berechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens nicht berücksichtigt.

Eine Absenkung findet nicht bei versicherten Personen statt, die eine selbstständige Tätigkeit ausüben und bei denen - gerechnet ab Kenntniserlangung des Versicherers bzw. dem Eintritt des Versicherungsfalles - die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit noch keine drei Kalenderjahre zurückliegt.

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

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von einem Monat ab der Herabsetzung des Krankentagegeldes verlangen, dass der herabgesetzte Teil des Krankentagegeldes als Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird.

- (7) 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.
- (8) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (9) 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.
- (10) 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.
- (11) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 10 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.
- (12) Während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger werden die tariflichen Leistungen erbracht. Etwaige Barleistungen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden auf das Nettoeinkommen angerechnet (§ 4 Abs. 3).
- (13) Bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer oder psychiatrischer Erkrankungen nach der jeweils gültigen International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation wird das vereinbarte Krankentagegeld in voller Höhe gezahlt, wenn die Behandlung dieser Erkrankung durch einen Facharzt für Psychotherapie oder Psychiatrie erfolgt und dieser die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Anderenfalls wird die Hälfte des vereinbarten Krankentagegeldes gezahlt.
- (14) 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 über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung 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.

**§ 4a
Anpassung des Versicherungsschutzes,
Beitragsrückerstattung**

- (1) a) Der Versicherer bietet dem Versicherungsnehmer in Tarifen mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen in Abständen von längstens drei Jahren eine Anpassung des vereinbarten Krankentagegeldes entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung an. Voraussetzung ist, dass das Versicherungsverhältnis zum Anpassungstermin mindestens zwölf Monate in unveränderter Höhe bestanden hat, das versicherte Krankentagegeld mindestens 25,- EUR und die Krankentagegelderhöhung mindestens 1,- EUR beträgt. Die Einzelheiten der Anpassung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Anpassung wird wirksam, wenn der Versicherungsnehmer das Angebot durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherer innerhalb von vier Wochen, gerechnet vom Zugang des Angebots, annimmt.
- b) Bei Arbeitnehmern und Organmitgliedern von Kapitalgesellschaften wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Tagessatz des versicherten Krankentagegeldes insoweit angepasst, als sich das regelmäßige, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (§ 4 Abs. 4) nicht nur vorübergehend erhöht hat. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antrag auf Anpassung des versicherten Krankentagegeldes innerhalb von drei Monaten nach dem Eintritt der Einkommenserhöhung gestellt und die Erhöhung des Nettoeinkommens nachgewiesen wurde. Das insgesamt versicherte Krankentagegeld darf aufgrund einer solchen Anpassung einen Tagessatz von 500,- EUR nicht übersteigen.

Für das aufgrund einer Anpassungen nach Buchst. a) oder b) zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen die Wartezeit und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Beitragszuschläge (Risikozuschläge) werden im gleichen Verhältnis wie der Tarifbeitrag angepasst. Ggf. vereinbarte besondere Versicherungsbedingungen kann der Versicherer auch auf die Erhöhung des Krankentagegeldes beziehen. Bei Anpassungen nach Buchst. a) oder b) kann die Erhöhung abweichend von § 4 Abs. 1 auch in Schritten von jeweils 1,- EUR erfolgen.

Der Versicherungsschutz über das erhöhte Krankentagegeld gemäß Buchst. a) gilt vom Ersten des Folgemonats an, in welchem die Annahmeerklärung beim Versicherer eingegangen ist. Bei Erhöhungen gemäß Buchst. b) gilt der Versicherungsschutz über das erhöhte Krankentagegeld ab dem Ersten des auf den entsprechenden Antrag und Nachweis folgenden Monats. Für Versicherungsfälle, die vor dem Beginn einer Anpassung nach Buchst. a) oder b) eingetreten sind, besteht bis zu ihrer Beendigung nur ein Anspruch auf die bisherigen Leistungen.

- (2) Bei einem Tätigkeitswechsel der versicherten Person kann der Versicherungsnehmer eine Umstellung des Krankentagegeldtarifs in die verkaufsoffenen Krankentagegeldtarife mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen verlangen. Verändert sich die Gehaltsfortzahlungsdauer, so kann der Versicherungsnehmer eine Umstellung auf den der Gehaltsfortzahlungsdauer entsprechenden Krankentagegeldtarif mit kürzerer Karenzzeit verlangen. Voraussetzung für die vorgenannte Umstellung ist ein entsprechender Antrag des Versicherungsnehmers innerhalb von drei Monaten nach dem Wechsel der Tätigkeit oder der Änderung der Gehaltsfortzahlungsdauer beim Versicherer. Der Wechsel der Tätigkeit bzw. die Änderung der Gehaltsfortzahlungsdauer ist dem Versicherer nachzuweisen.

Für das aufgrund einer Verkürzung der Karenzzeit zusätzlich versicherte Tagegeld entfallen die Wartezeit und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Beitragszuschläge (Risikozuschläge) werden im gleichen Verhältnis wie der Tarifbeitrag angepasst. Ggf. vereinbarte besondere Versicherungsbedingungen kann der Versicherer auch auf die Erhöhung des Krankentagegeldes beziehen.

- (3) Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

**§ 5
Einschränkung der Leistungspflicht**

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen im Ausland verursacht worden sind, es sei denn, der Eintritt von Kriegsereignissen bzw. inneren Unruhen war für das betreffende Land nicht vorhersehbar und der versicherten Person war keine Ausreise in ein anderes Land ohne aktuelle Kriegsereignisse oder innere Unruhen möglich;

- c) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- d) 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 Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Entbindung oder Fehlgeburt steht;
- e) 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 (vergleiche § 4 Abs. 10 und 11). 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;
- f) wegen Pflege- und Verwahrfällen;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

- (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.

**§ 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. Fällige Krankentagegelder werden für die nachgewiesene Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachträglich 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, ausschließlich 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

**§ 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, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder dem Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchst. a), b) oder c).

Pflichten des Versicherungsnehmers

**§ 8
Beitragszahlung**

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

- (2) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.
- (3) 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.
- (4) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag zu zahlen.
- (5) 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.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages 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. Darüber hinaus können Verzugszinsen und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren erhoben werden.
- (7) 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.
- (8) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a 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 das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des 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.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten 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. Eine Überprüfung der Beiträge erfolgt, sofern die vorzunehmende Gegenüberstellung der tatsächlichen und kalkulierten Leistungen eine Abweichung von mehr als 10 % ergibt. Des Weiteren erfolgt eine Überprüfung der Beiträge, sofern die vorzunehmende Gegenüberstellung der tatsächlichen und kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 % ergibt. Sofern erforderlich, werden die Beiträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Beitragsanpassung richtet sich die Höhe eines ggf. zusätzlichen Beitrags nach dem Geschlecht und dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten

Lebensalter der versicherten Person. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- (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 bis zu dem Tage, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 9) anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen – mindestens aber in 14-tägigen Abständen – nachzuweisen. Die Nachweise sind auf Vordrucken der LKH zu führen, die vom Versicherten und vom behandelnden Arzt vollständig auszufüllen sind, und zwar auch hinsichtlich der Diagnose und Begründung der Arbeitsunfähigkeit.

Bei verspätetem Zugang der Anzeige oder des Folgenachweises 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. 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 Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 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 die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Berufswechsels einen angemessenen Beitragszuschlag (Risikozuschlag) verlangen.
- (3) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer das versicherte Krankentagegeld unter den Voraussetzungen des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist im Umfang der anderweitig neu abgeschlossenen bzw. Erhöhung der anderweitigen Versicherung (§ 9 Abs. 6) auch kündigen.
- (4) 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, der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vergleiche § 15 Abs. 1 Buchst. b) sowie der Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente bzw. Rente wegen voller Erwerbsminderung (vergleiche § 15 Abs. 1 Buchst. c) 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**

- (1) 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.
- (2) Sind Krankentagegelder ausgezahlt worden, die dem Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grund vertraglich nicht oder nicht mehr zustehen, so ist er zur Rückzahlung ohne Einrede des Bereicherungswegfalls verpflichtet. Für eine etwa erforderliche Klage gilt § 17 entsprechend.

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. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
- (3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, 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. 6 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung 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.

**§ 14
Kündigung durch den Versicherer**

- (1) Der Versicherer kann in Tarifen mit einer Karenzzeit von höchstens 14 Tagen das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen; ansonsten verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.

- (2) Für Erhöhungen des Krankentagegeldes rechnen die ersten drei Versicherungsjahre vom Zeitpunkt der Erhöhung an.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (5) 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**

- (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. Wird die versicherte Person arbeitslos im Sinne des Sozialversicherungsrechts oder stellt sie die Tätigkeit in ihrem bislang ausgeübten versicherten Beruf aus einem anderen Grund auf nicht absehbare Zeit ein, ohne dass Berufsunfähigkeit vorliegt, so entfällt (unbeschadet der Regelung in vorstehendem Satz) die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, ab dem feststeht, dass die versicherte Person keinen tariflich versicherbaren Beruf mehr ausüben will, oder zum Ende des Quartals, für das kein ernsthaftes und intensives Bemühen um eine solche Aufnahme mehr festzustellen ist (es sei denn, ein solches Bemühen war während dieser Zeit wegen Art oder Schwere einer akuten Erkrankung völlig unzumutbar oder aussichtslos), oder zum Ende des Monats, ab dem auf nicht absehbare Zeit keine oder nur geringe Erfolgsaussicht für eine Aufnahme anzunehmen ist;
 - 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. Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben. 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 Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung eines gesetzlichen oder privaten Rentenversicherungsträgers. Als Bezugsbeginn gilt - auch bei einer nachträglichen Auszahlung - der erste Tag des Zeitraumes, für den die jeweilige Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt wird. 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 des Rentenbezugs;
 - d) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens jedoch gemäß Abs. 5 oder 7;
 - e) 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.
- (2) Soweit das Versicherungsverhältnis wegen Arbeitslosigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente bzw. Rente wegen voller Erwerbsminderung beendet wird, kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Rentenbezugs von Berufsunfähigkeitsrente bzw. Rente wegen voller Erwerbsminderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von drei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente bzw. Rente wegen voller Erwerbsminderung, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

- (3) Der Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. Die Fortsetzung des insgesamt oder für einzelne versicherte Personen gekündigten Vertrages in Form einer Anwartschaftsversicherung muss vom Versicherungsnehmer oder von den betroffenen versicherten Personen unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers beantragt werden. Der Antrag muss spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Kündigung beim Versicherer eingegangen sein.
- (4) 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. Der entsprechende Antrag muss spätestens drei Monate nach Wechsel der beruflichen Tätigkeit zum Ersten des nachfolgenden Monats gestellt werden.
- (5) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der jeweiligen betroffenen versicherten Person spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer verlangen, dass dieser seinen Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 67. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlautes dieser Regelung in Textform hinzuweisen. Die neue Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Vollendung des 71. Lebensjahres. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 67. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeit zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (6) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Abs. 5 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen, und wird der Antrag vor Vollendung des 68. Lebensjahres gestellt, gilt Abs. 5 Satz 5 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.
- (7) Endet die Krankentagegeldversicherung aufgrund eines in Abs. 5 genannten Neuabschlusses mit Vollendung des 71. Lebensjahres, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser seinen Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 71. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt. Diese endet spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 71. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeit zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (8) Bei Vertragsabschlüssen nach den Absätzen 5, 6 und 7 gelten die in der Vorversicherung vereinbarten Risikozuschläge und besondere Versicherungsbedingungen weiter.
- (9) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag (Risikozuschlag) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln, wenn ein entsprechender Antrag innerhalb von drei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer eingegangen ist.

Sonstige Bedingungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig.
- (4) Hatte der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt des Vertragsschlusses seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland und tritt das den streitigen Anspruch auslösende Ereignis im Ausland ein, so ist hierfür das Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich zuständig, wenn nicht schon nach anderen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen die Zuständigkeit eines anderen Gerichtes in Deutschland gegeben ist. Ansonsten gilt:

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so ist außer dem Gericht am Sitz des Versicherers ausschließlich das Gericht des Ortes zuständig, das im Zeitpunkt des Vertragsschlusses in Ansehung des damaligen Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers zuständig gewesen wäre.

§ 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 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden zu dem in der jeweiligen Änderungsmitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des zweiten Monats, der auf Änderungsmitteilung 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.

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.

Anhang Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als zehn Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz - MuSchG)

§ 3

Schutzfristen vor und nach der Entbindung

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.
- (2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen
1. bei Frühgeburten,
 2. bei Mehrlingsgeburten und,
 3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.