

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012

## Inhaltsverzeichnis

### Teil I Musterbedingungen 2013 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2013) §§ 1 - 18

### Teil II Tarifbedingungen (TB/KT)

	Seite		Seite
<b>Der Versicherungsschutz</b>			
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	3	§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit	9
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	4	§ 12 Aufrechnung	9
§ 3 Wartezeiten	4		
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	4	<b>Ende der Versicherung</b>	
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	6	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	9
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	7	§ 14 Kündigung durch den Versicherer	10
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	7	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	10
<b>Pflichten des Versicherungsnehmers</b>			
§ 8 Beitragszahlung	7	<b>Sonstige Bestimmungen</b>	
§ 8a Beitragsberechnung	8	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	11
§ 8b Beitragsanpassung	8	§ 17 Gerichtsstand	11
§ 9 Obliegenheiten	8	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	11
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	9		



# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

**Für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012**

## Teil I Musterbedingungen 2013 (MB/KT 2013)

## Teil II Tarifbedingungen (TB/KT)

### Der Versicherungsschutz

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

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

1. Zu § 1 Abs. 2 MB/KT 2013:  
**Wiederholte Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmern**  
*Bei Arbeitnehmern werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgelts zusammenrechnen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet.*
2. Zu § 1 Abs. 5 MB/KT 2013:  
**Umwandlungsanspruch**  
*a) Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet.*  
*b) Der Umwandlungsanspruch besteht auch bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen.*
3. Zu § 1 Abs. 6 MB/KT 2013:  
**Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland**  
*a) Bei Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu zwei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs.*  
*b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt 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.

## § 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.

1. Zu § 2 MB/KT 2013:

### **Vertragsdauer**

*Der Vertrag wird pro Person und Tarifierstmal für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.*

2. Zu § 2 MB/KT 2013:

### **Versicherungsjahr**

*Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifs rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.*

3. Zu § 2 MB/KT 2013:

### **Umstufungen**

*Bei Übertritt aus einem Tarif mit niedrigeren Leistungen bzw. bei Erweiterung des Versicherungsschutzes und/oder bei Wahl kürzerer Karenzzeiten (Umstufungen) finden die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes (§ 2 MB/KT 2013) entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt der im Nachtrag zum Versicherungsschein genannte Zeitpunkt. Der Versicherer kann die Annahme des Antrages auf Umstufungen von besonderen Bedingungen abhängig machen. Insbesondere kann er zu den Beiträgen einen Risikozuschlag auf den der Mehrleistung entsprechenden Beitragsteil erheben oder die Leistungen für bestehende Krankheiten auf den bisherigen Leistungsumfang beschränken.*

## § 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 Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1. Zu § 3 Abs. 4 MB/KT 2013:

### **Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung**

*Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Falle bleibt der Antragsteller sechs Wochen - vom Tage des Einganges des ärztlichen Untersuchungsberichtes beim Versicherer ab gerechnet - an seinen Antrag gebunden. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.*

*Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.*

2. Zu § 3 Abs. 5 MB/KT 2013:

### **Anrechnung der Vorversicherung**

*§ 3 Abs. 5 MB/KT 2013 gilt entsprechend für Personen, die aus einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden.*

3. Zu § 3 Abs. 1 - 6 MB/KT 2013:

### **Wartezeiten bei Vertragserweiterungen**

*Bei einer Erhöhung bzw. Erweiterung des bestehenden Versicherungsschutzes oder der nachträglichen Mitversicherung weiterer Personen gelten die Bestimmungen des § 3 Abs. 1 - 6 MB/KT 2013.*

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

1. Zu § 4 Abs. 1 MB/KT 2013:

### **Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)**

*a) Zur Beteiligung der Versicherten am Überschuss der Gesellschaft wird eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.*

- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
  - (4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.  
Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.  
Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.  
Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegeldes und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
  - (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
  - (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
  - (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
  - (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
  - (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
  - (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
- b) Als Form der Überschussbeteiligung kann gewählt werden:  
Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, befristete oder unbefristete Beitragssenkung, Leistungserhöhung sowie Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.
  - c) Die Form der Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen, den Zeitpunkt sowie die weiteren Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung legt der Vorstand im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder fest.
  - d) Die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung sind den Versicherungsnehmern bekannt zu geben.
2. Zu § 4 Abs. 2 MB/KT 2013:  
**Versicherbares Krankentagegeld für Arbeitnehmer**  
Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können neben dem Nettoeinkommen Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung, Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie der durchschnittliche Monatsbeitrag der letzten zwölf Monate an eine bei der Concordia Lebensversicherungs-AG bzw. oeco capital Lebensversicherungs-AG bestehenden Basis-Versorgung (Rürup-Rente/Basis-Rente) berücksichtigt werden. Beiträge zu berufsständischen Versorgungswerken werden den Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt.
  3. Zu § 4 Abs. 2 - 4 MB/KT 2013:  
**Einkommen und Minderung des Einkommens bei Selbstständigen und Freiberuflern**
    - a) Anstelle des Nettoeinkommens gilt bei Selbstständigen und freiberuflich Tätigen als Bemessungsgrundlage der vereinbarte Vomhundertsatz - höchstens jedoch 75 % - des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern im letzten abgelaufenen Kalenderjahr vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können neben dem Gewinn vor Steuern Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung, Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie der durchschnittliche Monatsbeitrag der letzten zwölf Monate an eine bei der Concordia Lebensversicherungs-AG bzw. oeco capital Lebensversicherungs-AG bestehenden Basis-Versorgung (Rürup-Rente/Basis-Rente) berücksichtigt werden. Beiträge zu berufsständischen Versorgungswerken werden den Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt.
    - b) Abweichend von § 4 Abs. 3 MB/KT 2013 sind Selbstständige und Freiberufler verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Gewinns vor Steuern mitzuteilen.
    - c) Abweichend von § 4 Abs. 4 MB/KT 2013 besteht die Möglichkeit der Herabsetzung von Krankentagegeld und Beitrag dann, wenn der Versicherer davon Kenntnis erlangt, dass der aus der selbstständigen oder freiberuflichen Tätigkeit herrührende Gewinn vor Steuern unter die Höhe des nach dem Vertrag zugrunde gelegten Gewinns vor Steuern gesunken ist. Die Herabsetzung erfolgt entsprechend dem geminderten Gewinn.
  4. Zu § 4 Abs. 3 und 4 MB/KT 2013:  
**Veränderung der Gehaltsfortzahlung**
    - a) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.
    - b) Entsprechend § 4 Abs. 3 MB/KT 2013 ist bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
    - c) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Gehalt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, so kann er entsprechend § 4 Abs. 4 MB/KT 2013 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf die der Gehaltsfortzahlung entsprechend längere Karenzzeit umstellen.
    - d) Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
    - e) Bei einer Verkürzung der Gehaltsfortzahlung aufgrund eines Wechsels des Berufsstandes, Wechsels des Arbeitgebers bzw. einer anderweitigen arbeitsvertraglich bedingten Änderung verzichtet die Concordia Krankenversicherungs-AG für die Anpassung der Karenzzeit bei gleichbleibendem Tagessatz auf eine erneute Gesundheitsprüfung, sofern der schriftliche Antrag



des Versicherungsnehmers und der entsprechende Nachweis innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung bei der Concordia Krankenversicherungs-AG eingegangen sind.

5. Zu § 4 Abs. 4 MB/KT 2013:  
**Anpassung des Krankentagegeldes bei Erhöhung des Netto-  
gehalts**
  - a) Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern alle drei Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einer Karenzzeit von mindestens sechs Wochen und einem versicherten Krankentagegeld von mindestens 25 € das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt. Sofern eine darüber hinausgehende Erhöhung des Nettoeinkommens - innerhalb von zwei Monaten nach der Erhöhung - nachgewiesen wird, erfolgt die Anpassung aufgrund der individuellen Entwicklung des Nettoeinkommens der versicherten Person. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; evtl. für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich vereinbarte Krankentagegeld.
  - b) Die Erhöhung des Nettoeinkommens hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer nachzuweisen.
  - c) Für die zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen.
  - d) Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, ohne dass ein Grund nach § 4 Abs. 2 MB/KT 2013 vorliegt, so erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen nach dieser Vorschrift. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.
6. Zu § 4 Abs. 5-7 MB/KT 2013:  
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind. Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten bescheinigt werden.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
    - a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
    - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
    - c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
    - d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
    - e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
    - f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
    - g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
  - (2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.
1. Zu § 5 Abs. 1c MB/KT 2013:  
**Verzicht auf die Alkoholklausel**  
Die Leistungseinschränkung nach § 5 Abs. 1c entfällt.
  2. Zu § 5 Abs. 1d MB/KT 2013:  
**Leistung bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, Entbindung**  
Abweichend von § 5 Abs. 1d MB/KT 2013 besteht ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

1. Zu § 6 Abs. 1 MB/KT 2013:  
**Leistungsunterlagen**  
*Das Krankentagegeld wird 14tägig nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie der Art der Erkrankung gezahlt. Dabei ist möglichst ein Vordruck des Versicherers zu verwenden.*
2. Zu § 6 Abs. 3 MB/KT 2013:  
**Legitimation des Überbringers**  
*Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.*
3. Zu § 6 Abs. 4 MB/KT 2013:  
**Überweisungskosten**  
*Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.*

## § 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 Eintrittes der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a oder b.

*Keine Tarifbedingungen*

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 (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 Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

1. Zu § 8 Abs. 1 MB/KT 2013:  
**Beitragsrate**  
a) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.*  
b) *Wenn die monatlichen Beitragsraten im Voraus mit Lastschrift bezahlt werden, wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von*  
*3 % bei jährlicher Zahlungsweise,*  
*2 % bei halbjährlicher Zahlungsweise*  
*gewährt.*
2. Zu § 8 Abs. 5 MB/KT 2013:  
**Mahnkosten**  
*Mahnkosten werden nicht erhoben.*

## § 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 das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

## § 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) 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.
- (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.

Zu § 8a Abs. 2 MB/KT 2013:

### **Beitragsberechnung**

- a) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- b) Die Anrechnung der Deckungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird (Umstellungsrabatt).

Zu § 8b Abs. 1 MB/KT 2013:

### **Anpassungsvorschrift**

Der genannte Vomhundertsatz beträgt fünf.

Zu § 9 Abs. 1 MB/KT 2013:

### **Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit**

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens am Tag des vereinbarten Leistungsbeginnes anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer in 14tägigen Abständen nachzuweisen.



## § 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 auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

*Keine Tarifbedingungen*

## § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

*Zu § 11 MB/KT 2013:*

### **Bezug von Altersrente**

*Der Bezug von Altersrente (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe c) ist dem Versicherer ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.*

## § 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 Versicherungsvereines nicht aufrechnen.

*Keine Tarifbedingungen*

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen 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 Eintrittes der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

1. *Zu § 13 Abs. 1 MB/KT 2013:*

**Versicherungsjahr und Vertragsdauer**  
*Vgl. § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II.*

2. *Zu § 13 Abs. 2 MB/KT 2013:*

### **Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses**

*Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so hat diese das Recht, die Versicherung als eigenes Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung fortzusetzen, sofern die Fortsetzung dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der bisherigen Versicherung angezeigt wird; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.*

- (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.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teiles 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;
  - b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
  - c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;
  - d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
  - e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 Genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

### 1. Zu § 14 Abs. 1 MB/KT 2013:

#### **Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht**

*Ist eine versicherte Person gemäß § 3 Abs. 5 MB/KT 2013 aus der gesetzlichen Krankenversicherung übergetreten, verzichtet der Versicherer auf das ihm nach § 14 Abs. 1 MB/KT 2013 zustehende ordentliche Kündigungsrecht, solange für die versicherte Person Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung beim Versicherer besteht.*

### 1. Zu § 15 MB/KT 2013:

#### **Ehescheidungen, Aufheben der Lebenspartnerschaft (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang)), Getrennt-leben**

*Liegt ein Ehescheidungsurteil oder ein Urteil über die Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.*

### 2. Zu § 15 Abs. 1a und b MB/KT 2013:

#### **Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses**

*Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit der Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.*

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

### 3. Zu § 15 Abs. 1c MB/KT 2013:

#### **Kein Bezug von Altersrente**

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

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

*Keine Tarifbedingungen*

### § 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 den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

*Keine Tarifbedingungen*

### § 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 Vertragszieles 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.

*Keine Tarifbedingungen*