

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandskrankentagegeld-Gruppenversicherung (U)

Fassung Januar 2026

Erläuterungen

Der Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze als Vertragspartner des Versicherers. Hauptversicherte sind die nach den Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmten Personen, soweit sie zum Versicherungsschutz angemeldet sind.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz im Ausland gegen Verdienstausschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall (§ 1 Nr. 5) für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Für Versicherungsfälle,

a) die vor Zugang der Anmeldung beim Versicherer eingetreten sind, wird ab Beginn des Versicherungsschutzes (§ 2) nur dann geleistet, wenn sie dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt worden sind (§ 2a Nr. 3), und der Versicherer für sie keinen Ausschluss vom Versicherungsschutz erklärt oder erklärt hat.

b) die auf ein erhöhtes Risiko (z.B. Vorerkrankungen, Beruf, Sport) zurückzuführen sind, wird ab Beginn des Versicherungsschutzes (§ 2) nur dann geleistet, wenn das erhöhte Risiko dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt worden ist (§ 2a Nr. 3), und der Versicherer für sie keinen Ausschluss vom Versicherungsschutz erklärt oder erklärt hat.

(3) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme desjenigen, aus dem der Hauptversicherte im Auftrag des Versicherungsnehmers ausreist oder ursprünglich ausgereist ist.

(4)

a) Erfordert ein Auslandsaufenthalt eine Ausdehnung des Versicherungsschutzes für die Dauer eines vorübergehenden Inlandsaufenthaltes, so gilt die Fortführung der Versicherung und die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf das Inland bis zur Dauer von jeweils drei Monaten als vereinbart.

b) Benötigt eine versicherte Person eine Verlängerung der Versicherung wegen Ausscheidens aus dem versicherbaren Personenkreis, so ist dies bis zu einer Dauer von drei Monaten möglich. In diesem Fall kann mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Verlängerung des Versicherungsschutzes innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages beantragt werden.

(5) 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.

Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchungen und die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Schwangerschaft, die Entbindung, Fehlgeburten und nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

(6) 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.

Der Versicherer leistet auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu acht Wochen. Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht. Eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben liegt vor,

- wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäß Satz 1 von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und

- solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht. Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet.

(7) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, dem Gruppenversicherungsvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(8) Sofern und soweit der Versicherungsnehmer die ihm zustehenden Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis auf den Hauptversicherten übertragen hat und diese vom Hauptversicherten übernommen wurden, gelten die den Versicherungsnehmer betreffenden Regelungen gleichermaßen für den Hauptversicherten.

(9) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt und der Gruppenversicherungsvertrag das zulässt. 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 Nr. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss bzw. eine Leistungseinschränkung erklärt werden. 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.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaussfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes 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 Verdienstaussfall 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 Verdienstaussfall 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 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch die versicherte Person nachzuweisen. Diese trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Versicherungsschutz besteht mit Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Termin, der für den Gruppenversicherungsvertrag als Versicherungsbeginn vereinbart ist.

(2) Der Versicherungsbeginn ist der in der Anmeldung genannte Zeitpunkt. Dieser darf jedoch – gerechnet vom Tag der Ausstellung der Anmeldung – nicht mehr als sechs Monate in der Zukunft liegen.

(3) Abweichend von Nr. 2 ist der Versicherungsbeginn das Datum des Zugangs der Anmeldung beim Versicherer, wenn die Anmeldung erst im übernächsten Monat (oder später) nach dem in der Anmeldung genannten Zeitpunktes zugeht (§ 2a Nr. 2).

(4) Bei Vertragsänderungen gelten § 2 Nr. 1 bis 3 und § 1 Nr. 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(5) Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ursprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

§ 2a Anmeldung, Versicherungsbestätigung

(1) Die Anmeldung zur Gruppenversicherung übernimmt der Versicherungsnehmer. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, zu versichernde Auslandsaufenthalte dem Versicherer mit Angabe des Versicherungsbeginns auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und dafür bestimmten Meldeblatt anzuzeigen.

(2) Die Anmeldungen für den laufenden Monat müssen dem Versicherer spätestens am letzten Tag des Folgemonats zugegangen sein. Die Folgen einer verspäteten Anmeldung für den Versicherungsbeginn und den Beginn des Versicherungsschutzes sind in § 2 Nr. 3 geregelt. Besondere Vereinbarungen bezüglich des Meldeverfahrens sind möglich.

(3) Ist im Gruppenversicherungsvertrag eine Gesundheitsprüfung vorgesehen, wird für die nach § 1 Nr. 2 ausgeschlossenen Versicherungsfälle der Versicherungsschutz durch die Abgabe einer Gesundheitserklärung in der Anmeldung beantragt. Sofern diese Versicherungsfälle versicherbar sind, können für deren Mitversicherung Besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschläge, Höchstbeträge oder Leistungseinschränkungen) vereinbart werden. Die auf dem Formblatt des Versicherers gestellten Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen sind vollständig zu beantworten.

(4) Der Versicherer stellt auf Wunsch für jeden Hauptversicherten eine Versicherungsbestätigung aus.

§ 3 Wartezeiten

Auf Wartezeiten wird verzichtet, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif und diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

(3) Der Versicherungsnehmer wie auch der Hauptversicherte sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens oder eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgelts 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 Abs. 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

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

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise sind nicht erstattungsfähig. 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) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Nr. 8 erfüllen, werden die tariflichen

Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich,

a) wenn es sich um eine Notfallweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder

b) wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder

c) wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder

d) für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt. In Deutschland muss darüber hinaus die AHB in einer Einrichtung erfolgen, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern ein solcher im jeweiligen Aufenthaltsland existiert und dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.

(10) Als Nettoeinkommen gilt:

a) für Arbeitnehmer: 80% der einkommensteuerrechtlichen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn). Hierbei werden ausschließlich Geldleistungen des Arbeitgebers berücksichtigt, soweit diese vertraglich vereinbart sind und dem Arbeitnehmer regelmäßig – mindestens jährlich – bezahlt werden,

b) für selbstständig Tätige (z.B. Gewerbetreibende und Angehörige freier Berufe einschließlich niedergelassener Ärzte und Zahnärzte):

80% des einkommensteuerrechtlichen Gewinns aus dieser regelmäßigen selbstständigen Tätigkeit (ermittelt nach Betriebsvermögensvergleich oder Einnahmen-Überschuss-Rechnung).

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die auf den Bruttoarbeitslohn gemäß Abs. 1.1a) bzw. den Gewinn gemäß Abs. 1.1b) entfallende Steuer geringer als die in Abs. 1.1 zugrunde gelegte Pauschale von 20% ist, kann er verlangen, dass bei der Berechnung des Nettoeinkommens diese tatsächliche Steuerbelastung maßgeblich ist.

Im Versicherungsfall kann der verlangen, dass geeignete Nachweise zur Höhe des Nettoeinkommens vorgelegt werden (z.B. Gehaltsabrechnungen oder Berechnungen zur Gewinnermittlung durch einen in Deutschland bestellten Steuerberater).

(11) Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann der Versicherungsschutz in eine Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit umgestellt werden. Eine solche Änderungsmeldung wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, wenn sie innerhalb von zwei Monaten ab der Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. Verkürzung der Lohnfortzahlung erfolgt. Die Änderung wird zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung wirksam. Vom Zeitpunkt der Änderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegeldes Leistungspflicht besteht.

Die Erhöhung des Nettoeinkommens ist auf Verlangen nachzuweisen (z.B. durch Gehaltsabrechnungen oder Berechnungen zur Gewinnermittlung durch einen in Deutschland bestellten Steuerberater). Ebenfalls auf Verlangen nachzuweisen ist die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit. Im Falle der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses und Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit gilt die Regelung über die Verkürzung der Karenzzeiten bei einer Änderung der Entgeltfortzahlungsdauer bei Arbeitnehmern sinngemäß.

(12) Verlängert sich der Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts auf einen Zeitraum, der über die vertraglich vereinbarte Karenzzeit hinausgeht, kann der Versicherer die Karenzzeit der Entgeltfortzahlungsdauer anpassen. Die Anpassung wird mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis des Versicherers von dem veränderten Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts vorgenommen.

(13) Eintritt und Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit sollten auf Vordruck des Versicherers bescheinigt werden.

(14) Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung.

(15) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Hauptversicherten 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. § 14 Abs. 2 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Hauptversicherten 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 Hauptversicherte das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen und Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; ferner durch berufsmäßige Teilnahme an Wettkämpfen (und deren Vorbereitung), die von Verbänden und Vereinen veranstaltet werden;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren; jedoch wird bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer die Leistung vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Leistung ist unter Anrechnung anderweitiger Ansprüche auf Krankentagegeld und Lohnersatzleistungen begrenzt auf 80% des Nettoeinkommens. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden;

c) 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 nicht ausschließlich mit einer Schwangerschaft, einem Schwangerschaftsabbruch, einer Fehlgeburt oder Entbindung in Zusammenhang steht;

d) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet von Nr. 2 – in medizinisch notwendiger Heilbehandlung befindet (§ 4 Nr. 8 und 9). Wird die versicherte Person außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts im Ausland arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt.

Die Leistungseinschränkung gemäß Satz 1 gilt nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat; oder wenn ein anderweitiger Aufenthalt im Ausland sowie dessen voraussichtliche Dauer dem Versicherer vorab in Textform benannt wird, die versicherte Person dort postalisch erreichbar ist und zum Zeitpunkt der Benennung kein Nachuntersuchungstermin anberaumt ist.

e) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. Die Leistungseinschränkung gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers. Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld und Übergangsgeld werden auf das Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem Krankentagegeld das Nettoeinkommen nach § 4 Nr. 2 übersteigen.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltsweg unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist. Die Leistungseinschränkung gilt nicht, für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung gilt ebenfalls nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt.

§ 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) Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Versicherungsverhältnisse; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(6) Das Krankentagegeld wird für die nachgewiesene Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachträglich ausgezahlt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 und 14). Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 14 Abs. 2 a) oder b).

Die 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) Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3 % gewährt.

(3) 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.

(4) 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, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

(6) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

(7) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

§ 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, werden 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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte 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.

(5) Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 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.

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß Satz 2 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von dem Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag geändert werden.

In Tarifen, die die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsehen, hängt die Beitragshöhe und die zu bildende Alterungsrückstellung von den eingerechneten Wahrscheinlichkeiten für das vorzeitige Versicherungsende (§ 14 Nr. 2) ab. Diese können sich durch nicht vorhersehbare Einflüsse verändern. Der Versicherer vergleicht daher zumindest jährlich für jede Altersgruppe eines Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Wahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung in einer Altersgruppe eine zu hoch einkalkulierte Stornowahrscheinlichkeit, so kann der Versicherer alle Beiträge dieses Tarifs überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

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

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Tage des festgelegten Leistungsbeginns anzuzeigen. Die ärztliche Bescheinigung muss auch die Bezeichnung der Krankheit enthalten. 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 jeweils im Versicherungsfall mitgeteilten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer wie auch die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Nr. 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) Auf Verlangen ist dem Versicherer die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten einzuholen; diese sind gleichzeitig insoweit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

(5) 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.

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

(7) 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 Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Nr. 1 bis 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Nr. 6 und 7 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 des Hauptversicherten wie auch der mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif oder Gruppenversicherungsvertrag bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (§ 14 Abs. 2 b)) einer versicherten Person ist dem Versicherer innerhalb der in § 14 Nr. 3 genannten Frist 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

Der Versicherungsnehmer oder der Hauptversicherte kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Das Versicherungsende

§ 13 Abmeldung durch den Versicherungsnehmer

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

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

(3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine versicherte Person aus der Krankentagegeldversicherung oder einer dafür bestehenden Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht abmelden. Die Abmeldung 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 diesem Recht 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 abmelden, 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.

Bei fristgerechter Abmeldung endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Die Versicherung endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Versicherungsnehmer in der Abmeldungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Nr. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Nr. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer die Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens abmelden. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung abmelden.

(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 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) Eine Abmeldung aus anderen als den in § 14 genannten Gründen ist nur wirksam, wenn der Abmeldende nachweist, dass die betroffenen Personen von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.

(7) Ein beendetes Versicherungsverhältnis kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters wieder in Kraft gesetzt werden, wenn der Gruppenversicherungsvertrag dies zulässt und dies innerhalb von sechs Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraums wirksam wird. Zu diesem Zweck ist eine neue Anmeldung zur Gruppenversicherung vorzunehmen.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen darüber hinaus

a) bei Wegfall einer im Tarif oder Gruppenversicherungsvertrag bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (z.B. bei Beendigung des Auslandsaufenthaltes oder dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis). 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.

(3) Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, das Versicherungsverhältnis nach den in Nr. 2 genannten Gründen abzu-

melden. Die Abmeldungen für den laufenden Monat müssen dem Versicherer spätestens am letzten Tag des Folgemonats zugegangen sein.

(4) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, ein von ihnen abgemeldetes Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

(5) Wird von der Weiterversicherung gemäß § 15 Gebrauch gemacht, endet die Versicherung erst mit dem Ende des Monats, in dem der Beendigungsgrund eintritt.

(6) Die Rechte des Versicherers gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 VVG bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren nach Eingang der Anmeldung zum Versicherungsschutz bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Wurde die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

(7) Endet die selbständige berufliche Tätigkeit und besteht zu diesem Zeitpunkt Versicherungsschutz nach einer Tarifstufe, die selbständige berufliche Tätigkeit voraussetzt, so hat der Versicherte das Recht, in eine Tarifstufe überzuwechseln, die ein festes Arbeitsverhältnis als Arbeitnehmer vorsieht, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind.

(8) Ist wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein Rentenanspruch gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist der Nr. 2 b) noch nicht entschieden, so wird im Fall eines bereits eingetretenen Versicherungsfalles, abweichend von Nr. 2 b), das Versicherungsverhältnis nicht beendet; nach Ablauf dieser Frist wird 50% des versicherten Krankentagegeldes, jedoch höchstens 25 € je Tag der Arbeitsunfähigkeit, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person den Rentenbescheid oder den Bescheid über die Ablehnung des Rentenanspruchs erhält, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.

(9) Unbeschadet der Leistungen gemäß Nr. 8 endet das Versicherungsverhältnis mit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, mit Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. Nr. 2b) oder mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente für den bisher ausgeübten Beruf. Über den in Nr. 4 genannten Fall hinaus kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.

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

(10) Die Fortsetzung eines Versicherungsverhältnisses in Form einer Anwartschaftsversicherung nach Nr. 4 und Nr. 9 ist innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Abmeldung, seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu beantragen.

(11) Abweichend von Nr. 2 b) kann das Versicherungsverhältnis bei Berufsunfähigkeit auf Antrag weitergeführt werden. Voraussetzung dafür ist, dass weiterhin Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit bezogen wird. Die sonstigen Beendigungsgründe nach Nr. 2 a), c) und d) bleiben davon unberührt.

(12) Eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses über den Beginn des Bezuges von Altersrente hinaus kann in Ausnahmefällen auf Antrag zugelassen werden, gegebenenfalls zu neuen Bedingungen. Voraussetzung hierfür ist, dass über den genannten Zeitpunkt hinaus Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit bezogen wird.

(13) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

§ 15 Weiterversicherung

(1) Endet die Versicherung einzelner mitversicherter Personen, so haben diese das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Hauptversicherten im Gruppenversicherungsvertrag in unmittelbarem Anschluss fortzusetzen, sofern dort weiterhin die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses abzugeben.

(2) Endet die Versicherung einzelner versicherter Personen, so haben sie das Recht, die Versicherung – sofern die tariflichen Voraussetzungen dazu gegeben sind – nach den für Einzelversicherungen gültigen gleichartigen Tarifen des Versicherers in unmittelbarem Anschluss als Einzelversicherung fortzusetzen, wenn die Fortsetzung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag bei dem Versicherer beantragt wird. Ausgenommen von der Weiterversicherung nach Satz 1 sind Personen, die das Ende der Versicherung gemäß § 13 selbst bewirkt haben oder bei denen das Versicherungsverhältnis außerordentlich wegen Obliegenheitsverletzungen oder mangels Beitragszahlung beendet wurde.

(3) Bei der Umwandlung in eine Einzelversicherung wird die Zeit, während der die versicherte Person im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf etwaige Wartezeiten oder Fristen der Einzelversicherung angerechnet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; eine etwa 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 verlangt oder ein Leistungsausschluss erklärt werden.

(4) Wurde für die Dauer des Versicherungsschutzes im Gruppenversicherungsvertrag auf sonst erforderliche Besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschlag oder Leistungsausschluss) verzichtet, so werden diese nach dem Wechsel in die Einzelversicherung wirksam. Darüber hinaus wird eine Gesundheitsprüfung zum Zeitpunkt der Weiterversicherung rückwirkend zum Beginn der Versicherung durchgeführt, sofern Vorerkrankungen während der Zeit der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag pauschal mitversichert waren.

(5) Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt, einvernehmlich aufgehoben oder endet der Gruppenversicherungsvertrag wegen Unterschreitens der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Mindestpersonenzahl, so haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Dies gilt auch bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer, wenn kein neuer Versicherungsnehmer benannt wird. Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung, Aufhebung oder Beendigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform informiert. Das Weiterversicherungsrecht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von ihm Kenntnis erlangt hat.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Hauptversicherten ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Hauptversicherte seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

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

(3) Verlegt der Hauptversicherte 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.

(4) § 17 Nr. 3 gilt nicht, sofern die Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Vertragsschluss in die Schweiz erfolgt.

(5) Klagen gegen den Versicherer können vom Versicherungsnehmer bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Hauptversicherte, 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 Hauptversicherte oder 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 Hauptversicherten oder Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang

Versicherungsvertragsgesetz [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 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung 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 Aufklärungsobliegenheit 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.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

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

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

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

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

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 Termin, 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 Abs. 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 Abs. 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nr. 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 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 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Wichtige Informationen aus dem Gruppenversicherungsvertrag auf einen Blick

Stand August 2023

Sie erhalten hier einen Überblick über die allgemeinen Regelungen aus dem Gruppenversicherungsvertrag zu Ihrer Information. Ggf. abweichende Regelungen können sich aus den Vereinbarungen mit dem Versicherungsnehmer ergeben.

1. Begrifflichkeiten

- Versicherungsnehmer ist die Gruppenspitze (bspw. Ihr Arbeitgeber)
- Hauptversicherte sind Personen, die der im Gruppenversicherungsvertrag beschriebenen Gruppe angehören und uns gemeldet sind (also Sie).
- Mitversicherte Personen können Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder sein.

2. Anmeldebestimmungen

- Im Gruppenversicherungsvertrag werden Tarife / Tarifpakete festgelegt, nach denen Sie angemeldet werden können. Wenden Sie sich bei Fragen hierzu an den Versicherungsnehmer.
- Wir verpflichten uns, jede Anmeldung anzunehmen.
- Es wird außerdem festgelegt, ob eine Gesundheitsprüfung zu Beginn oder erst zum Zeitpunkt der Weiterversicherung stattfinden soll. Mit dieser können wir erhöhte Risiken bestimmen und ggf. Beitragszuschläge sowie Leistungsausschlüsse vereinbaren.

3. Beitragszahlung

- Im Gruppenversicherungsvertrag wird festgelegt, ob die Beitragszahlung durch Sie oder den Versicherungsnehmer erfolgt.

4. Versicherungsleistungen

- Der Versicherungsnehmer hat Sie zum Empfang der Versicherungsleistungen berechtigt, d. h. die Versicherungsleistungen können ausschließlich Sie verlangen. Das gilt jedoch nicht, wenn der Versicherungsnehmer sein eigenes Kostenrisiko abgedeckt hat und / oder Sie nicht in Vorleistung gegangen sind.
- Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer, insbesondere aus nicht bezahlten Beiträgen, rechnen wir nicht gegen Versicherungsleistungen auf, die Ihnen zustehen.

5. Laufzeit

- Der Gruppenversicherungsvertrag gilt zunächst bis zum 31.12. des ersten laufenden Jahres und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate davor gekündigt wurde.
- Bei Beitragserhöhungen steht dem Versicherungsnehmer ein außerordentliches Kündigungsrecht zu.
- Ihre Rechte hierzu, z. B. Weiterversicherungsrechte, sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

6. Schriftwechsel

- Der Schriftwechsel zum Gruppenversicherungsvertrag erfolgt zwischen uns und dem Versicherungsnehmer. Sollten Fragen jedoch ausschließlich Sie betreffen, können wir auch direkt mit Ihnen korrespondieren.
- Im Gruppenversicherungsvertrag werden die Postwege für ggf. notwendige Bescheinigungen (bspw. Versicherungsbestätigung oder Arbeitgeberbescheinigung) geregelt und, ob Sie die Versicherungsbestimmungen zeitnah von uns oder dem Versicherungsnehmer erhalten. Außerdem sind die Informationspflichten bei bedeutsamen Änderungen im Versicherungsschutz festgelegt.