



Dienstleistungsgesellschaft

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR KRANKEN- UND KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNGEN DER EXPAT®-REIHE TEIL I

A - ALLGEMEINER TEIL GÜLTIG FÜR ALLE IM TEIL B GENANNTEN VERSICHERUNGEN

§ 1 UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der Expat Reihe Teil I und Teil II (Tarif), den gesetzlichen Vorschriften, sowie zusätzlichen Vereinbarungen, soweit diese zwischen Versicherer, Versicherungsnehmerin und Versicherungsberechtigten schriftlich vereinbart sind.

§ 2 VERSICHERUNGSFÄHIGKEIT

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Versicherungsberechtigt sind juristische und natürliche Personen.
2. Versicherbar sind natürliche Personen.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind bei Vertragsbeginn dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

§ 3 ABSCHLUß UND DAUER DES RAHMENVERSICHERUNGSVERTRAGES

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Rahmenversicherungsvertrag wird schriftlich auf Grundlage dieser Versicherungsbedingungen zwischen dem Versicherer und der Versicherungsnehmerin geschlossen. Die Versicherungsnehmerin ist berechtigt, im Rahmen des Versicherungsvertrages Versicherungsberechtigten als Beitragsschuldern die Meldung von versicherten Personen im Listenverfahren zu ermöglichen.
2. Der Rahmenversicherungsvertrag ist auf unbestimmte Zeit geschlossen und verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.
3. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, die Kündigung des Rahmenversicherungsvertrages innerhalb einer Frist von einem Monat nach Bekanntwerden den Versicherungsberechtigten schriftlich mitzuteilen.
4. Entfällt die Geschäftsfähigkeit der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsberechtigten, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der versicherten Person(en) unberührt.

§ 4 BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Ablauf der Wartezeit.
2. Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet.
3. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeit eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 5 ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

1. Die Höchstversicherungsdauer für die versicherten Personen wird im jeweiligen Tarif festgelegt.
2. Der Versicherungsschutz für einzelne versicherte Personen endet auch für schwebende Versicherungsfälle mit:
 - a) Dem Ende des Versicherungsverhältnisses
 - b) Dem vereinbarten Ablauf

c) Der Abmeldung aus dem versicherten Personenkreis durch den Versicherungsberechtigten unter Beachtung der im Tarif festgelegten Fristen und Voraussetzungen

d) Dem Tod der versicherten Person

e) Der Beendigung des Rahmenversicherungsvertrages zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin

Hinweis: Bitte beachten Sie die zusätzlichen Bestimmungen zum Ende der Versicherung in Teil B, II. Krankentagegeldversicherung, § 4.

§ 6 ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Keine Leistungspflicht besteht

1. wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen und Unruhen oder durch berufsmäßige Teilnahme an sportlichen, von Verbänden und Vereinen veranstalteten Wettkämpfen und deren Vorbereitung verursacht werden oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.
2. wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfällen, einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
3. während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.
4. in Folge durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingter Unterbringung.
5. für Leistungen in Folge von bei Versicherungsbeginn bestehenden Krankheiten, Beschwerden und Unfallfolgen.
6. für Behandlung geistiger und seelischer Störungen sowie für Hypnose und Psychotherapie.
7. wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die durch die Unterlassung gesetzlich vorgeschriebener Schutzimpfungen auftreten, es sei denn, dass medizinische Gründe der Schutzimpfung entgegenstehen. In diesem Falle sind die medizinischen Gründe dem Versicherer durch ein ärztliches Attest zu belegen.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die besonderen Ausschlüsse in Teil B, I. Krankheitskostenversicherung, § 3.

§ 7 WARTEZEIT

Es gelten die im jeweiligen Tarif vereinbarten Wartezeiten.

§ 8 BEITRAGSZAHLUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der in gleichen Monatsraten ausgewiesen wird. Er ergibt sich aus dem Tarif und ist spätestens bei Abschluß des Versicherungsvertrages bis zum Ende des Versicherungsjahres im voraus zu entrichten.
2. Der Tarif kann Beitragszahlung im Lastschriftverfahren oder Zahlung mit Kreditkarte vorsehen. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung der Einzugsermächtigung, sofern danach der Beitrag endgültig abgebucht werden konnte.

§ 9 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungsschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.

2. Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten. Leistungen oder deren Ablehnung durch andere Versicherungsträger sind nachzuweisen.
3. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherte weist durch Bankbeleg nach, dass er die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
4. Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, werden von den Leistungen abgezogen.
5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
6. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, es sei denn, dem Versicherer sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringer oder Übersenders bekannt.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die besonderen Bedingungen für die Auszahlung der Versicherungsleistungen in Teil B, I. Krankheitskostenversicherung, § 4.

§ 10 ALLGEMEINE OBLIEGENHEITEN

1. Die versicherte Person und der Versicherungsberechtigte 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.
2. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
3. Die versicherte Person und der Versicherungsberechtigte sind verpflichtet, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe der Leistungspflicht zu gestatten, insbesondere auch sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, ggf. behandelnde Ärzte und andere Versicherer von ihrer Schweigepflicht zu entbinden sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen.
4. Änderungen ihrer Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) haben die versicherte Person und der Versicherungsberechtigte unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, als zugegangen.
5. Sofern in dem jeweiligen Aufenthaltsland besondere Bestimmungen, Verfahren oder gesetzliche Regelungen für die Bearbeitung von versicherten Schäden bestehen, so können diese vom Versicherer durch entsprechende schriftliche Information der versicherten Person oder dem Versicherungsberechtigten zum Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen gemacht werden.
6. Schwangerschaften sind, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, innerhalb von 4 Wochen nach deren Feststellung dem Versicherer anzuzeigen.

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die Besonderen Obliegenheiten in Teil B, I. Krankheitskostenversicherung, § 5 und II. Krankentagegeldversicherung, § 5.

§ 11 FOLGEN VON OBLIEGENHEITSVERLETZUNGEN

1. Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz, noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt er zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
2. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsberechtigten gleich.

§ 12 ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE

1. Hat der Versicherungsberechtigte oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Gibt der Versicherungsberechtigte oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 13 BEITRAGS- UND LEISTUNGSANPASSUNG / VERSICHERUNGSAHRE

1. Der Versicherer ist berechtigt, zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres eine Änderung des Beitrages oder des Umfangs der Versicherungsleistung vorzunehmen, sofern er dies der Versicherungsnehmerin mit einer Frist von drei Monaten mitteilt.
2. Die Festlegung des Versicherungsjahres erfolgt in den Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der EXPAT-Reihe Teil II (Tarif).
3. Die Versicherungsnehmerin ist verpflichtet, eine Anpassung des Beitrages oder der Erstattungsleistung innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Bekanntwerden dem Versicherungsberechtigten schriftlich mitzuteilen.

§ 14 AUFRECHNUNG

Versicherungsnehmerin, Versicherungsberechtigter oder versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt wird.

§ 15 FÄLLIGKEIT DER LEISTUNG/KLAGEFRIST

1. Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats zu erfolgen.
2. Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde nach oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er in soweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

§ 16 RECHTE UND PFLICHTEN IM SCHADENFALL

Die versicherte Person hat ein eigenes Recht, Ansprüche aus dem Vertrag gegen den Versicherer geltend zu machen.

§ 17 WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 18 GERICHTSSTAND

Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherungsnehmers anhängig gemacht werden.

§ 19 GELTENDES RECHT/ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHÖRDE

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, Gaurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

B - BESONDERER TEIL

JEWEIFIGER ABSCHNITT GÜLTIG IN ABHÄNGIGKEIT VOM GEWÄHLTEN VERSICHERUNGSSCHUTZ

ABSCHNITT I. KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse im In- und Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen im Zusammenhang mit Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
3. Sofern der Tarif entsprechende Leistungen vorsieht, gelten als Versicherungsfall auch:
 - a) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung
 - b) Ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen)
 - c) Tod
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung im vereinbarten Aufenthaltsland.

§ 2 UMFANG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen für Kranken- und Krankentagegeldversicherungen der Expatrie-Reihe Teil II (Tarif).

2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten bzw. den nach dem jeweiligen, in dem im Versicherungsumfang eingeschlossenen Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern frei.

3. Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

4. 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.

5. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von § 2, Abs. 4, 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.

6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 3 BESONDERE AUSCHLÜSSE

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Keine Leistungspflicht besteht

a) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsberechtigten über den Leistungsausschluß eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

b) während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort abhängige akute Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

c) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder oder in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3. Besteht auch Anspruch gegenüber dritten Leistungsträgern, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen Dritter notwendig und versichert sind.

§ 4 BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLISTUNG / EINZUREICHENDE NACHWEISE

1. Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung, aus der die medizinische Notwendigkeit hervorgehen muß, einzureichen.

2. Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

§ 5 BESONDERE OBLIEGENHEITEN

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer anzuzeigen.

2. Die versicherte Person hat binnen drei Monaten nach einer einzelnen Heilbehandlung die entsprechenden Belege beim Versicherer einzureichen.

3. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosterversicherungsvertrag abgeschlossen, besteht ein solcher oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsberechtigte oder die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

ABSCHNITT II. KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG

§ 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen im In- und Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld.

2. Versicherungsfall ist die im Verlauf einer medizinisch notwendigen ärztlichen Heilbehandlung festgestellte Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen.

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. Muß die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Arbeitsunfähigkeit im vereinbarten Aufenthaltsland.

§ 2 UMFANG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zusätzlich etwaiger tariflich vereinbarter leistungsfreier Tage (Karenztage). Die Leistungspflicht endet mit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder mit dem Ende der Versicherung gemäß A, - Allgemeiner Teil, § 5 und B Besonderer Teil, Abschnitt II - Krankentagegeldversicherung, § 4, spätestens jedoch mit der tariflich vereinbarten Leistungsdauer.

2. Der Versicherer verpflichtet sich, den Versicherungsschutz zum Ersten des folgenden Monats des auf den Antrag des Versicherungsberechtigten und der versicherten Person anzupassen, wenn und soweit,

a) durch eine Änderung des regelmäßigen, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens eine Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes notwendig ist, um das vorherige prozentuale Verhältnis des Krankentagegeldes zum Nettoeinkommen wiederherzustellen. Diese Verpflichtung des Versicherers besteht bei einer Verringerung des Krankengeldanspruches gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger entsprechend.

b) durch eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes im Falle der Arbeitsunfähigkeit der Wechsel in eine Tarifstufe mit anderer Karenzzeit erforderlich wird.

Die Anpassung muß innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der Gründe für die Änderung beantragt werden. Die Änderungsgründe sind glaubhaft zu machen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an der erhöhte Versicherungsschutz gewährt.

3. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen des Hauptversicherten unter die Höhe des dem Versicherungsverhältnis zu Grunde gelegten Einkommens gesunken ist, kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag rückwirkend ab dem Eintritt der Minderung entsprechend herabsetzen bzw. zuviel gezahlte Leistungen zurückfordern.

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

5. 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.

6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzung von § 2, Abs. 5, 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.

§ 3 BESONDERE AUSCHLÜSSE

Soweit nicht anders vereinbart besteht keine Leistung:

1. Bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Abweichend hiervon werden für in einem Arbeitsverhältnis befindliche Personen, die für die Zahlung eines Krankentagegeldes mit einer Karenzzeit (leistungsfreie Zeit) von mindestens 42 Tagen versichert sind, außerhalb der gesetz-

lichen Beschäftigungsverbote gem. § 3, Abs. 2), Leistungen erbracht.

- Bei Arbeitsunfähigkeit während gesetzlicher Beschäftigungsverbote für in einem Arbeitsverhältnis befindliche werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz).

§ 4 ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN ZUM ENDE DER VERSICHERUNG

- Der Versicherungsschutz endet zusätzlich zu A - Allgemeiner Teil, § 5 mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit, mit Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder einer teilweisen Erwerbsminderung sowie mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs- oder Altersrente.
- Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet der Versicherer aufgrund der eingereichten bzw. von ihm eingeholten Nachweise und teilt seinen Bescheid durch eingeschriebenen Brief mit.

§ 5 BESONDERE OBLIEGENHEITEN

- Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen. Die Bescheinigung kann vorab per Faxsimile übermittelt werden. Die Originale sind unverzüglich auf den Postweg zu bringen. Eine Bescheinigung von Ehe- oder Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer regelmäßig, soweit nicht anders vom Versicherer gefordert, in höchstens vierzehntägigen Abständen nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsbeneficiäre oder die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- Der Neuabschluß einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.
- Versicherte Personen 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 durch den Arbeitgeber mitzuteilen.

ALLGEMEINER HINWEIS: AUSZUG AUS DEM VVG

§ 6 VERLETZUNG EINER OBLIEGENHEIT

- Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.
- Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 11 FÄLLIGKEIT

- Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

- Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.
- Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 12 VERJÄHRUNG

- Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
- Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.
- Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

§ 38 VERSPÄTETE ZAHLUNG DER ERSTEN ODER EINMALIGEN PRÄMIE

- Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.
- Ist die Prämie zurzeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39 VERSPÄTETE ZAHLUNG EINER FOLGEPRÄMIE

- Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
- Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 67 ÜBERGANG DES ERSATZANSPRUCHS

- Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.