Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGS KAMMER BAYERN

Teil I
AVB/KT-V - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG (Unisex)

Stand: 01.02.2023, SAP-Nr.: 341196, 06.2023

Einleitung

Gemeinsam verwendete AVB, Verbundtarife
Die AVB/KT-V und die Tarife, denen die AVB/KT-V zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG gemeinsam verwendet und angeboten. Auch die Kalkulation der Tarife erfolgt gemeinsam (zu den Besonderheiten bei Beitragsanpassungen: siehe § 8 Absatz 4). Vertragspartner und alleiniger Versicherer ist jedoch nur das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Die AVB

Übersicht

Versicherungsschutz
§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich
§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag
§ 2 Umwandlung und Anpassung des Versicherungsschutzes
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, keine Wartezeiten
§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht
§ 5 Keine oder eingeschränkte Leistungspflicht
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
§ 7 Abtretung von Versicherungsleistungen
Beitrag
§ 8 Beitrag, Fälligkeit und Verzug
Weitere vertragliche Pflichten
§ 9 Allgemeine Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)
§ 10 Folgen bei Verletzung der allgemeinen Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)
§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
Ende der Versicherung
§ 12 Ende des Versicherungsschutzes
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14 Kündigung durch den Versicherer
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
Sonstige Bestimmungen
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 17 Aufrechnung durch Versicherungsnehmer
§ 18 Gerichtsstand
§ 19 Anwendbares Recht

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich
(1) Gegenstand der Versicherung
Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall durch Arbeitsunfähigkeit, wenn diese als Folge von Krankheiten oder Unfällen verursacht wird.

(2) Versicherungsfall
Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit
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 Tarif kann Regelungen für eine Teilarbeitsunfähigkeit vorsehen.

(4) Versicherungsschutz
Im Versicherungsfall zahlt der Versicherer für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld. Der Umfang der Leistung im Versicherungsfall ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Tarifen und anderen schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Örtlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
a) In Deutschland
Der Versicherungsschutz besteht in Deutschland.

b) Bei vorübergehendem Aufenthalt innerhalb Europas
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz für dort akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus. Zu den europäischen Ländern zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder.

Der Tarif kann für einen vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland darüber hinausgehende Leistungen vorsehen.

c) Bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb Europas
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten 12 Monate Versicherungsschutz für dort akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Der Tarif kann für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland darüber hinausgehende Leistungen vorsehen.

d) Wegzug innerhalb von EU/EWR
Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus gezahlt.

Der Tarif kann einen darüber hinausgehenden Versicherungsschutz vorsehen.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag
(1) Weitere Versicherungsfälle
Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 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 19 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Leistungsanspruch bei Verdienstausfall
Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang. 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 Verdienstausfall 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) Leistungshöhe
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 Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Erforderliche Nachweise
Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

§ 2 Umwandlung und Anpassung des Versicherungsschutzes
(1) Tarifwechsel
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seinen bestehenden Versicherungsschutz zu ändern und in andere Tarife des Versicherers zu wechseln. Bei den Tarifen muss es sich um Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz handeln und die versicherte Person muss in ihnen versicherungsfähig sein. Der Wechsel erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers. Ist der neue Versicherungsschutz höher oder beinhaltet er zusätzliche Leistungen, kann der Versicherer den Tarifwechsel von der Vereinbarung eines Risikozuschlags oder eines Leistungsausschlusses für die Mehrleistung abhängig machen.

Kein Anspruch auf Tarifwechsel besteht, wenn der Tarifwechsel

- aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden (Unisex) in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist (Bisex) verlangt wird, oder
- aus oder in einen befristeten Tarif verlangt wird, es sei denn die Befristung ergibt sich aus § 196 VVG, oder
- bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen verlangt wird und der Anwartschafts- bzw. Ruhensgrund noch besteht.

Beim Tarifwechsel bleiben alle erworbenen Rechte und Pflichten erhalten. Die bis zum Tarifwechsel gebildete Alterungsrückstellung wird im neuen Tarif - nach Maßgabe dessen technischer Berechnungsgrundlage - angerechnet.

(2) Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch den Versicherer
a) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen
Ändern sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen und sind diese Änderungen nicht nur als vorübergehend anzusehen, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife an die geänderten Verhältnisse anzupassen. Die Änderungen müssen erforderlich erscheinen, um die Belange der Versicherungsnehmer hinreichend zu wahren. Ein unabhängiger Treuhänder prüft, ob die Voraussetzungen für die Änderungen gegeben sind und bestätigt ihre Angemessenheit. Die Änderungen werden wirksam zu Beginn des zweiten Monats, nachdem die Mitteilung über die Änderung und der maßgeblichen Gründe für die Änderung dem Versicherungsnehmer zugegangen ist.

b) Unwirksamkeit einer Bedingung
Wurde durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder den Tarifen für unwirksam erklärt, kann der Versicherer die betroffene Regelung ersetzen. Voraussetzung ist, dass

- eine neue Regelung notwendig ist, um den Vertrag fortführen zu können oder
- das Festhalten am Vertrag ohne neue Regelung für eine der Vertragsparteien - 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.

(3) Vertragstrennung
Volljährige versicherte Personen haben jederzeit das Recht, das Versicherungsverhältnis soweit es sie betrifft, als selbstständigen Versicherungsvertrag fortzuführen. Eine solche Vertragstrennung erfolgt zum Ersten des übernächsten Monats, zu dem die entsprechende Erklärung der versicherten Person beim Versicherer eingeht.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, keine Wartezeiten
(1) Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt („Versicherungsbeginn"). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Als abgeschlossen gilt der Versicherungsvertrag, wenn dem Versicherungsnehmer ein Versicherungsschein oder eine sonstige Annahmeerklärung in Textform zugeht.

Ist der Versicherungsfall vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten, wird für den gesamten Versicherungsfall kein Krankentagegeld gezahlt. Tritt der Versicherungsfall zwischen dem Abschluss des Versicherungsvertrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes ein, wird ab Versicherungsbeginn geleistet.
Diese Regelungen gelten entsprechend bei Vertragsänderungen für den neu hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Erhöhung des Krankentagegeldes oder Verkürzung der tariflichen Karenzzeit).

(2) Keine Wartezeiten
Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten.

§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht
(1) Umfang der Leistung
Der konkrete Umfang der Versicherungsleistung (Höhe und Dauer) ergibt sich aus dem vereinbarten Tarif und dessen Bedingungen.

(2) Leistungsbeginn
Im Versicherungsfall beginnt die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit. Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit erfolgt eine Anrechnung vorangegangener, nachgewiesener Arbeitsunfähigkeitszeiten auf die Karenzzeit, wenn

- die Arbeitsunfähigkeiten infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge eintreten und
- das Ende der vorangegangenen, nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit noch keine sechs Monate zurück liegt und
- die anzurechnenden Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit liegen.

(3) Mitteilung der Verringerung des Nettoeinkommens, Anpassung von Krankentagegeld und Beitrag
Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen, wenn sich das aus der Berufstätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht nur vorübergehend verringert.
Der Versicherer kann das Krankentagegeld und den Beitrag an das verringerte Nettoeinkommen anpassen, wenn das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten geringer ist als das dem Vertrag zugrunde liegende Nettoeinkommen.

Die Anpassung ist auch dann möglich, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

Die Herabsetzung von Krankentagegeld und Beitrag werden zu Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung an den Versicherungsnehmer wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung besteht die Leistungspflicht im bisherigen Umfang. Dies gilt auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit.

(4) Ermittlung des durchschnittlichen Nettoeinkommens
Im Leistungsfall und im Fall der Einkommensverringerung wird das durchschnittliche Nettoeinkommen wie folgt ermittelt:
a) Bestimmung des durchschnittlichen Nettoeinkommens für Arbeitnehmer
Ist die versicherte Person ein Arbeitnehmer, wird das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Kenntnis des Versicherers von der Einkommensverringerung zu Grunde gelegt.
Erfährt der Versicherer erst nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit von der Verringerung des Nettoeinkommens, wird das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt.

b) Bestimmung des durchschnittlichen Nettoeinkommens für selbstständig Tätige
Ist die versicherte Person ein selbstständig Tätiger, wird das durchschnittliche Nettoeinkommen des letzten abgelaufenen Kalenderjahres vor Kenntnis des Versicherers von der Einkommensverringerung zu Grunde gelegt.
Erfährt der Versicherer erst nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit von der Verringerung des Nettoeinkommens, wird das durchschnittliche Nettoeinkommen des letzten abgelaufenen Kalenderjahres vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde gelegt.

Bei der Ermittlung des durchschnittlichen Nettoeinkommens bleiben Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, außer Betracht.

Sofern im Tarif über das Nettoeinkommen hinaus Krankentagegeld für Beitragszahlungen in der Sozialversicherung oder in deren privater Entsprechung versichert ist, wird dieses zusätzlich berücksichtigt.

Die Bestimmung des Nettoeinkommens und versicherbaren Krankentagegeldes richtet sich ungeachtet des Absatzes 4 nach den Tarifbedingungen.

(5) Im Versicherungsfall anrechenbare Leistungen Dritter
Zur Ermittlung des Krankentagegeldes, das im Versicherungsfall gezahlt wird, werden folgende Leistungen angerechnet, wenn diese zusammen mit dem Krankentagegeld das Nettoeinkommen gemäß § 4 Absatz 4 übersteigen:

- Leistungen des Arbeitgebers zum Ausgleich des Einkommensausfalls während der Arbeitsunfähigkeit
- Übergangsgeld eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers
- Verletztengeld einer gesetzlichen Unfallversicherung
- Krankentagegelder aus einer anderen privaten Krankentagegeldversicherung
- Krankengelder einer gesetzlichen Krankenversicherung

Die Anrechnung erfolgt für den Teil, der das Nettoeinkommen gemäß § 4 Absatz 4 übersteigt.
Der Tarif kann eine abweichende Regelung zu den anrechenbaren Leistungen vorsehen.

Weitere Regelungen zu anrechenbaren Leistungen Dritter während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag enthält § 1a.

(6) Grundsätze
a) Behandlung während der Arbeitsunfähigkeit
Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
Der versicherten Person steht die Wahl unter allen niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Darüber hinaus können auch medizinische Versorgungszentren, ambulante Operationszentren oder Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch genommen werden.
Für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

b) Nachweis der Arbeitsunfähigkeit
Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes bzw. durch Bescheinigung des medizinischen Versorgungszentrums, des ambulanten Operationszentrums oder der Krankenhaus- und Notfallambulanz nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

c) Krankentagegeld bei Kur und Rehabilitationsmaßnahme
Das Krankentagegeld wird bei Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers im vertraglichen Umfang gezahlt, wenn die Kur oder die Rehabilitationsmaßnahme zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit muss dem Versicherer durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

(7) Gutachteneinsicht
Der Versicherer kann zur Prüfung, ob er für eine bescheinigte Arbeitsunfähigkeit Krankentagegeld leisten muss oder ob eine Berufsunfähigkeit vorliegt, die zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses führt, Gutachten oder Stellungnahmen einholen.
Wurden solche Unterlagen eingeholt kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, die es betrifft, Einsicht in diese Unterlagen verlangen. Stehen der Einsichtnahme erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegen, hat die davon betroffenen Person oder ihr gesetzlicher Vertreter das Recht einen Arzt oder Rechtsanwalt zu benennen, dem der Versicherer Auskunft erteilen oder Einsicht geben muss.
Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Keine oder eingeschränkte Leistungspflicht
(1) Der Versicherer leistet nicht bei Arbeitsunfähigkeit, die in folgenden Zusammenhängen entsteht:
a) Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle, einschließlich deren jeweilige Folgen, die durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht wurden. Terroristische Anschläge gelten weder als Kriegsereignisse noch als innere Unruhen. Wird die versicherte Person im Ausland durch eines dieser Ereignisse überrascht und hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet rechtzeitig zu verlassen, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers bestehen.

b) Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren jeweilige Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.

(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlungen.
Darunter sind alle ambulanten und stationären Behandlungen zu verstehen, die darauf abzielen den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder anderen Suchtmitteln zu lösen. Die tarifliche Leistung wird pro versicherte Person nur während drei ambulanten oder stationären Maßnahmen während der gesamten Vertragslaufzeit gezahlt. Die Behandlung muss hierbei in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungs-konzept verfügen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
(1) Voraussetzungen für die Auszahlung der Versicherungsleistung
Die Versicherungsleistung ist beim Versicherer zu beantragen.
Der Versicherer leistet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer kann verlangen, dass die Nachweise auf seinen Vordrucken erbracht werden. Diese sind vom Versicherten und vom behandelnden Arzt vollständig auszufüllen. Der Versicherer kann Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, im Original verlangen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsleistung
Das Krankentagegeld wird für zurückliegende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Der Versicherer erbringt die vereinbarten Leistungen, wenn er die für die Feststellung des Versicherungsfalles und den Umfang seiner Leistungspflicht erforderlichen Untersuchungen durchgeführt hat. Sind die Untersuchungen nicht innerhalb eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles abgeschlossen, kann der Versicherungsnehmer eine Abschlagszahlung verlangen. Als Höhe der Abschlagszahlung kann ein Betrag gefordert werden, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Untersuchungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Auszahlung von Versicherungsleistungen mit Auslandsbezug
Bei Unterlagen oder Nachweisen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung ins Deutsche verlangen. Fallen Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen oder für Übersetzungen an, können diese von den Leistungen abgezogen werden.

(4) Empfänger der Versicherungsleistungen
Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt an den Versicherungsnehmer. Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer in Textform mitgeteilt, dass die Versicherungsleistung an die betroffene versicherte Person erfolgen soll, so leistet der Versicherer an diese.

§ 7 Abtretung von Versicherungsleistungen
Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Beitrag

§ 8 Beitrag, Fälligkeit und Verzug
(1) Höhe und Zeitpunkt der Beitragszahlung
Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten. Er wird ab Versicherungsbeginn berechnet und ist zu Beginn eines jeden Kalenderjahres zu entrichten. Bei Neuabschluss des Vertrages ist der erste Beitrag - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufrechtes - unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines oder einer sonstigen Annahmeerklärung zu zahlen.

Gleiches gilt bei der Neuaufnahme einer versicherten Person für deren Beitrag.

Der Beitrag kann auch in gleichen monatlichen Raten gezahlt werden. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig und gelten bis dahin als gestundet.

Die Höhe des Beitrags ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

(2) Beitragsberechnung
Die Beiträge werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) berechnet. Die Einzelheiten der Berechnung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Bei der Berechnung des Beitrags wird das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für das mit dem Alter der versicherten Person steigende Krankheitsrisiko werden Alterungsrückstellungen gebildet. Eine Änderung des Beitrags wegen Älterwerdens der versicherten Person ist damit ausgeschlossen.

Ändern sich die Beiträge, z.B. auf Grund einer Änderung des Umfanges des Versicherungsschutzes, wird bei der Berechnung des neuen Beitrages das beim Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Die Berechnung des tariflichen Lebensjahres erfolgt entsprechend der Berechnung des Eintrittsalters, abgestellt auf den Zeitpunkt der Beitragsänderung. Bei der Änderung der Beiträge kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend anpassen. Besteht bei Vertragsänderung ein erhöhtes Risiko, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, zusätzlich zum Beitrag, einen angemessenen Zuschlag verlangen. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(3) Überschussbeteiligung
Aus den Überschüssen des Versicherers wird ein festgelegter Teil einer Rückstellung für Beitragsrückerstattung für Versicherte zugeführt. Bei der Verwendung dieser Rückstellung für Beitragsrückerstattung für die Versicherten legt der Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders fest,

- welche Tarife und Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe.
- ob die Beiträge als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung oder Milderung einer Beitragserhöhung oder zur Leistungserhöhung verwendet werden.

Falls ein Tarif oder eine Tarifkombination für eine Beitragsrückerstattung in Form einer Auszahlung bzw. Gutschrift vorgesehen ist, besteht für jede versicherte Person eines berechtigten Tarifs oder einer berechtigten Tarifkombination ein Anspruch, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Der Tarif hat für das ganze Kalenderjahr mit voller Beitragspflicht bestanden und besteht noch am 30. Juni des Folgejahres. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person im Folgejahr wegen Todes, der Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung, der Kündigung wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder auf Grund eines Tarifwechsels in einen anderen Krankentagegeldversicherungstarif des Versicherers aus dem Tarif ausgeschieden ist.
- Im ganzen Kalenderjahr wurden aus dem Tarif keine Versicherungsleistungen erbracht.
- Die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Kalenderjahr wurden vollständig entrichtet.

Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des darauffolgenden Jahres ausgezahlt oder verrechnet. Es bedarf hierzu keines Antrages. Werden nach Auszahlung oder Verrechnung der Beitragsrückerstattung Leistungen aus dem abgelaufenen Kalenderjahr geltend gemacht, können diese mit der geleisteten Beitragsrückerstattung verrechnet werden.

(4) Beitragsanpassung
Durch häufigere Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, längere Dauer der Arbeitsunfähigkeiten, steigende Lebenserwartung und ähnliche Faktoren können sich die Leistungsausgaben des Versicherers, trotz gleichbleibenden vertraglichen Leistungsumfangs, ändern. Aus diesem Grund ist der Versicherer gesetzlich verpflichtet, zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten zu vergleichen.

Da die Tarife, die diesen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und nebeneinander angeboten werden, wird die Gegenüberstellung bei beiden Unternehmen gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Ergibt die Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen oder den Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 %, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls angepasst. Die Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern einheitlich.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag geändert werden.

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

(5) Zahlungsverzug
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 entrichtet ist.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(6) Beiträge bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsverhältnisses
Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, wird der Beitrag nur bis zu dem Zeitpunkt berechnet, zu dem das Versicherungsverhältnis endet.
Wird das Versicherungsverhältnis durch den Versicherer vorzeitig durch Rücktritt wegen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Absatz 2 VVG oder durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, hat der Versicherer Anspruch auf den Beitrag bis zum Zeitpunkt, zu dem der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird.

Weitere vertragliche Pflichten

§ 9 Allgemeine Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)
(1) Anzeige der Arbeitsunfähigkeit
Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens 7 Tage nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit anzuzeigen.
Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstag 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 auf Verlangen, mindestens aber in 14-tägigen Abständen, nachzuweisen (§ 4 Absatz 8b).

(2) Auskunftserteilung
Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Absatz 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
Zu diesen Auskünften gehören auch:

- Bei Selbstständigen der zuletzt ergangene Einkommensteuerbescheid und die der Einkommensteuerveranlagung zugrunde liegende Gewinn- und Verlustrechnung bzw. Überschussrechnung des letzten Kalenderjahres.
- Bei Arbeitnehmern ein Nachweis des Arbeitgebers über das Nettoeinkommen der letzten drei Monate bzw. zwölf Monate vor der Arbeitsunfähigkeit und eine Bescheinigung des Arbeitgebers über den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts.

Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(3) Untersuchungspflicht
Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Mitwirkung bei Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

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

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

(7) Mitteilung des Aufenthaltsortes im Versicherungsfall
Die versicherte Person ist im Versicherungsfall verpflichtet dem Versicherer ihren Aufenthaltsort mitzuteilen, sofern sie sich für mehr als sieben Tage nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort befindet. Dadurch wird sichergestellt, dass der Versicherer die versicherte Person erreichen kann und die oben genannten Obliegenheiten (§ 9 Absatz 1 - 4) nicht wegen fehlender Erreichbarkeit verletzt werden.

§ 10 Folgen bei Verletzung der allgemeinen Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten)
(1) Leistungsfreiheit, teilweise Leistungsfreiheit
Werden die Mitwirkungspflichten nach § 9 Absatz 1-6 verletzt, ist der Versicherer, unter den Voraussetzungen des § 28 Absatz 2 - 4 VVG ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.
Der Versicherer ist leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht vorsätzlich verletzt hat. Hat er sie grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer seine Leistungen kürzen. Ein Nichtvorliegen der groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer nachzuweisen. Die Kürzung erfolgt in einem Verhältnis, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Trifft den Versicherungsnehmer die Auskunfts- oder Aufklärungspflicht erst nach Eintritt des Versicherungsfalles, hat ihn der Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolgen einer Verletzung hinzuweisen.

Wurde eine Mitwirkungspflicht verletzt, die nicht ursächlich für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ist, ist der Versicherer nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht arglistig verletzt hat.

(2) Fristlose Kündigung
Hat der Versicherungsnehmer seine Mitwirkungspflicht nach § 9 Absatz 5 oder 6 vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Tarif innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen.

(3) Zurechnung der Kenntnis und des Verschuldens der versicherten Person
Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

(4) Kostentragung durch den Versicherungsnehmer
Kommt die versicherte Person ihrer Verpflichtung aus § 9 Absatz 7 nicht nach und entstehen dem Versicherer hierdurch zusätzliche Kosten, so sind diese vom Versicherungsnehmer zu tragen.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (§ 15 Absatz 1) oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (§ 15 Absatz 2) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurück zu gewähren.

Ende der Versicherung

§ 12 Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz endet, auch wenn der Versicherungsfall noch nicht abgeschlossen ist, mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 bzw. 2.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
(1) Ordentliche Kündigung
Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(2) Außerordentliche Kündigung
a) Kündigung infolge Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung , Anspruch auf Familienversicherung oder bei Heilfürsorge
Der Versicherungsnehmer kann die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung einer versicherten Person, die

- kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird oder
- für die ein gesetzlicher Anspruch auf Familienversicherung besteht oder
- für die ein (nicht nur vorübergehender) Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis besteht,

innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt des Entstehens dieses Anspruchs kündigen.
Dem Versicherer steht in diesem Fall der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht bzw. dem Entstehen des Anspruchs auf Familienversicherung bzw. Heilfürsorge zu. Den Eintritt der Versicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung bzw. Heilfürsorge hat der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, nachzuweisen. Versäumt er die Frist und hat er das Versäumnis zu vertreten, ist die Kündigung unwirksam.

Wird die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Anspruch auf Familienversicherung bzw. Heilfürsorge dem Versicherer später nachgewiesen, kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, zu dem er den Nachweis erbringt. Dem Versicherer steht der Beitrag bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.

Bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von drei Monaten eine Umwandlung der Versicherung in für das Neugeschäft geöffnete Krankentagegeldtarife zur gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Soweit der neue Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist, erfolgt die Umwandlung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

b) Kündigung bei einer Beitragsanpassung oder Leistungsminderung durch den Versicherer
Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 8 Absatz 4 (Beitragsanpassungsklausel) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 2 Absatz 2 (AVB-Änderungsklausel), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann darüber hinaus bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden. Die Kündigung wird wirksam zum Zeitpunkt, zu dem die Beitragserhöhung oder die Leistungsminderung in Kraft tritt.

c) Kündigung bei Teilbeendigung durch den Versicherer
Hat der Versicherer nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung erklärt, kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung des übrigen Teils des Versicherungsverhältnisses zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist. Hat der Versicherer gekündigt, kann die Aufhebung zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung verlangt werden. Die Aufhebung muss innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Anfechtungs-, Rücktritts- oder Kündigungserklärung des Versicherers erklärt werden.

(3) Kenntnis und Fortsetzungsrecht der versicherten Person
Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis ganz oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis in eigenem Namen oder unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben.

(4) Weiterführung als Anwartschaft
Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, die gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaft fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
(1) Ordentliche Kündigung
Die ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist ausgeschlossen.

(2) Außerordentliche Kündigung
Die gesetzlichen Vorschriften über die außerordentliche Kündigung bleiben unberührt.

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
(1) Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit
Bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis der versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Besteht zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber sechs Monate nach Wegfall der Voraussetzung.

Der Versicherungsnehmer und die betroffene versicherte Person haben das Recht, ein wegen Wegfalls einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit beendetes Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zu stellen, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt.

(2) Eintritt der Berufsunfähigkeit
Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet mit Eintritt der Berufsunfähigkeit dieser Person. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist.

Besteht zu diesem Zeitpunkt bereits in einem eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber sechs Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.
Der Versicherungsnehmer und die betroffene versicherte Person haben das Recht, ein wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit beendetes Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei

Monaten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit zu stellen, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt.

(3) Bezug von Altersrente
Bezieht die versicherte Person eine Altersrente (gesetzliche Rente oder eine Rente aus berufsständischer Versorgung), endet das Versicherungsverhältnis dieser Person zum Zeitpunkt des Rentenbeginns.

(4) Erreichen des Regelrentenalters und Möglichkeiten zur Vertragsfortführung
Das Versicherungsverhältnis der versicherten Person endet mit Erreichen des Regelrentenalters (§ 35 SGB VI). Wenn die versicherte Person nach Erreichen des Regelrentenalters die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt, besteht nach Maßgabe des § 196 VVG das Recht auf eine Fortführung bis zum 70. Geburtstag der versicherten Person. Im Anschluss besteht noch einmal das Recht auf Neuabschluss einer Krankentagegeldversicherung nach Maßgabe des § 196 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Der Antrag ist jeweils bis zum Ablauf von zwei Monaten nach dem jeweiligen Geburtstag zu stellen.

(5) Tod des Versicherungsnehmers
Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in eigenem Namen oder unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(6) Tod der versicherten Person
Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

(7) Abmeldung des Wohnsitzes in Deutschland und Wegzug außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums
Meldet die versicherte Person ihren Wohnsitz in Deutschland ab und verlegt ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land, das nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraumes ist, endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der versicherten Person. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaft fortzusetzen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Aufrechnung durch Versicherungsnehmer
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 18 Gerichtsstand
(1) Klagen gegen den Versicherungsnehmer
Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, sofern kein Wohnsitz besteht, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer
Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer ist wahlweise

- das Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder
- das Gericht am Sitz des Versicherers

zuständig.

(3) Bei Klagen, wenn Versicherungsnehmer kein Wohnsitz in Deutschland oder Europa hat
Verlegt der Versicherungsnehmer nach Abschluss des Versicherungsvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands, eines Staates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, ist für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig. Gleiches gilt, wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers nicht bekannt ist.

§ 19 Anwendbares Recht
Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwer-de wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungs-aufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Abkürzungsverzeichnis
VVG Versicherungsvertragsgesetz