

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIFE TL 1 - 6

FÜR VERSICHERUNGEN GEGEN ARBEITSAUSFALL

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand der Versicherung	2
§ 2	Versicherungsfähigkeit	2
§ 3	Abschluss des Versicherungsvertrages	2
§ 4	Willenserklärungen und Anzeigen	2
§ 5	Versicherungsbeginn und Versicherungsende	2
§ 6	Kündigung	3
§ 7	Ausschluss des Kündigungsrechts der DKV	3
§ 8	Rücktritt, Anfechtung	3
§ 9	Beitragszahlung	3
§ 10	Beitragsberechnung	4
§ 10a	Beitragsanpassung	4
§ 11	I. Doppelversicherung II. Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung	4 4
§ 11a	Auszahlung der Versicherungsleistungen	4
§ 12	Gerichtsstand	5
§ 13	Beginn des Versicherungsschutzes / Wartezeiten	5
§ 14	Anmeldung von Ansprüchen	5
§ 15	Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 16	entfällt	5
§ 17	Örtlicher Geltungsbereich	5
§ 18	Leistungen der DKV	6
§ 19	Krankenhausbehandlung	6
§ 20	Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und des Versicherten	6
§ 21	Rechtsgrundlagen des Versicherungsvertrages	7
§ 22	Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers)	7
§ 23	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	7
Anhang		

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Die DKV gewährt nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife während der Dauer des Versicherungsvertrages dem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer für den durch völlige Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person (Arbeitnehmer) bedingten Arbeitsausfall ein Tagegeld in der vereinbarten Höhe.
2. Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn der Versicherte (Arbeitnehmer) infolge einer Krankheit seine berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichem Befund in keiner Weise ausüben kann und auch nicht ausübt.
3. Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach ärztlichem Urteil anomaler körperlicher oder geistiger Zustand. Als Krankheit gelten auch Unfälle.
4. Das vereinbarte Tagegeld darf nicht mehr als das tägliche Durchschnitts-Bruttoeinkommen betragen, das der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bezieht.
5. Bei Minderung des täglichen Bruttoeinkommens sind das vereinbarte Krankentagegeld und der Beitrag entsprechend der Minderung herabzusetzen (vgl. § 20 Ziff. 1).
6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die DKV ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 10 Ziff. 3 und 4) verlangt werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 13 Ziff. 6) einzuhalten.

§ 2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsnehmer können alle Arbeitgeber sein, die in Deutschland ein Unternehmen betreiben und der versicherten Person während der Dauer der völligen Arbeitsunfähigkeit zur Zahlung von Gehalt oder Lohn verpflichtet sind.

Versicherte Personen können alle lohnsteuerpflichtigen Arbeitnehmer sein, die das 64. Lebensjahr noch nicht überschritten haben, die in einem Angestellten- oder Arbeitsverhältnis gegen Entgelt stehen und die während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Gehalts- oder Lohnzahlung gegen den Versicherungsnehmer haben.

Die DKV kann Personen, die ein erhöhtes Risiko darstellen, gegen Berechnung eines zu vereinbarenden Zuschlages zum Beitrag oder unter besonderen Bedingungen versichern.

§ 3 Abschluss des Versicherungsvertrages

Die Versicherung ist vom Arbeitgeber auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu beantragen und von ihm und dem Arbeitnehmer zu unterzeichnen. Durch seine Unterschrift verpflichtet sich der Ar-

beitnehmer, die ihm von der DKV vorgelegten Gesundheitsfragen zu beantworten und die der versicherten Person im Krankheitsfalle obliegenden Verpflichtungen zu erfüllen. Von der vorvertraglichen Gesundheitserklärung, die auf besonderem Vordruck abzugeben ist, erhält der Arbeitgeber keine Kenntnis. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder einer während der Dauer des Versicherungsvertrages zu erfüllenden Obliegenheit hat aber der Arbeitgeber als eine eigene gegen sich gelten zu lassen.

§ 4 Willenserklärungen und Anzeigen

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der DKV bedürfen der Textform.
2. Sofern ein Versicherungsnehmer der DKV eine Wohnungsänderung nicht mitgeteilt hat, genügt es für die Rechtswirksamkeit einer dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn dieser an die letzte der DKV bekannte Anschrift abgesandt ist. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.
3. Kündigung, Anfechtung und Rücktrittserklärung der DKV sollen durch eingeschriebenen Brief erfolgen.

§ 5 Versicherungsbeginn und Versicherungsende

1. Die Versicherung beginnt mit dem in dem Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.
 2. Der Beginn der Leistungspflicht der DKV ergibt sich aus § 13 Ziff. 1.
1. Die Versicherung endet durch
 - a) Kündigung des Versicherungsnehmers (§ 6),
 - b) Kündigung der DKV (§ 6),
 - c) 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),
 - d) entfällt,
 - e) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen, durch die Heilfürsorge bedingt ist, sofern nicht für die Dauer der Dienstleistung, längstens für 18 Monate, das Ruhen der Versicherung vereinbart worden ist,
 - f) Tod der versicherten Person,
 - g) Erlöschen des Dienstvertrages zwischen dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person,
 - h) Vollendung des 70. Lebensjahres zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die Altersgrenze erreicht wird, sofern nicht besondere Vereinbarungen über eine Fortsetzung des Versicherungsvertrages getroffen worden sind. Sind die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit noch erfüllt, hat der Versicherungsnehmer das Recht, nach Maßgabe des § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Tagegeldversicherung zu verlangen. Der Versicherungsnehmer hat auch das Recht, die Tagegeldversicherung bis zum Ende des Monats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird, fortzuführen, sofern weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht. Die Fortführung ist gegenüber

- DKV spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 70. Lebensjahres zu erklären,
- i) außerordentliche Kündigung der DKV auf Grund gesetzlicher Bestimmungen.
2. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit der Beendigung der Versicherung (vgl. jedoch § 6 Ziff. 4).
- C. 1. Der Versicherungsvertrag endet
- a) im Zeitpunkt des Beendigungsereignisses gem. Abs. B Ziff. 1 a) - i), soweit der Vertrag nur eine Einzelversicherung umfasst oder das Beendigungsereignis in den Versicherungen aller versicherten Personen eintritt,
 - b) bei Verlegung des Unternehmens außerhalb Deutschlands,
 - c) mit dem Tod des Versicherungsnehmers, falls nicht mit dem die unmittelbare Nachfolge antretenden Arbeitgeber eine Fortsetzung vereinbart wird.
2. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit der Beendigung der Versicherung (vgl. jedoch § 6 Ziff. 4).
- D. Der Versicherungsvertrag wird aufgelöst durch
- a) Rücktritt (§ 8),
 - b) Anfechtung (§ 8).
- E. Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

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

§ 6 Kündigung

1. Der Versicherungsvertrag ist auf die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf von einem der vertragsschließenden Teile gekündigt worden ist (vgl. jedoch § 7).
2. Erfolgt eine Änderung der Bedingungen und Tarife gem. § 23, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
3. Der Versicherungsnehmer kann, sofern die DKV die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung der DKV zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

4. Kündigt die DKV den Versicherungsvertrag, so erstreckt sich der Anspruch auf Versicherungsleistungen für einen im Zeitpunkt der Beendigung bestehenden Arbeitsausfall infolge Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person nur bis zum Ablauf der sechsten Woche nach Beendigung des Versicherungsvertrages, nicht aber über eine längere Zeit, als die DKV nach den Versicherungsbedingungen überhaupt zur Leistung verpflichtet ist.

§ 7 Ausschluss des Kündigungsrechts der DKV

Das Kündigungsrecht der DKV nach § 6 Ziff. 1 erlischt nach Ablauf des dritten Versicherungsjahres; die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherers bleiben unberührt.

§ 8 Rücktritt, Anfechtung

1. Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bei dem Abschluss, der Abänderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, so kann die DKV nach Maßgabe der §§ 19 bis 21 i. V. m. § 194 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) vom Vertrage zurücktreten. Beruht die Verletzung der Anzeigepflicht auf einfacher Fahrlässigkeit, kann die DKV den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
2. Das Recht der DKV zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 Bürgerliches Gesetzbuch oder § 22 VVG bleibt unberührt.

§ 9 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 Rate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so können die Tarife anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
3. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
4. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten im Lastschriftverfahren bietet die DKV einen Beitragsnachlass von
 - 3 % bei einer Vorauszahlung für 12 Monate,
 - 2 % bei einer Vorauszahlung für 6 Monate.
 Diese Regelung gilt nur für Zugänge bis zum 20.12.2012.
5. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

6. 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 sind.
7. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt 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.
8. Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind an die von der DKV zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
9. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 10 Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der DKV festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und die bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Verträge nach Tarif TL, dessen Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert sind. 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 der DKV wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann die DKV auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Risikozuschläge zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, falls nicht ein anderer Prozentsatz vereinbart wird.

§ 10a Beitragsanpassungen

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der DKV z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die DKV zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den

Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von der DKV überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von der DKV überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch die DKV und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 11

I. Doppelversicherung

Ein weiterer Versicherungsvertrag auf Krankentagegeld darf für die versicherten Personen nur mit Einwilligung der DKV abgeschlossen werden.

Wird hiergegen verstoßen, so kann die DKV unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden des Verstoßes ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Wird mit Einwilligung der DKV ein weiterer Versicherungsvertrag auf Krankentagegeld für die versicherten Personen abgeschlossen, so darf die Summe der Gesamtleistungen unter Anrechnung der Vorleistung des anderen Versicherers die durch den Arbeitsausfall bedingten Aufwendungen für Gehalt oder Lohn nicht übersteigen.

II. Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder verpfändet noch abgetreten werden.

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

Die DKV ist berechtigt, ihre Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gegen etwaige Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Versicherungsleistungen aufzurechnen.

§ 11a Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Die DKV ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der DKV.
2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der DKV aus § 14 VVG (siehe Anhang).
3. Kosten, die dadurch entstehen, dass die DKV auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt, können von den Versicherungsleistungen abgezogen werden.

§ 12 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem das Unternehmen des Versicherungsnehmers seinen Sitz hat.
2. Klagen gegen die DKV können bei dem Gericht am Unternehmenssitz des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz der DKV anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragschluss den Sitz seines Unternehmens in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der DKV zuständig.

§ 13 Beginn des Versicherungsschutzes / Wartezeiten

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.
Diese Regelungen gelten bei Umwandlung in Tarife mit höheren Leistungen bzw. mit früherem Leistungsbeginn für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
3. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
4. Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
5. Die allgemeine Wartezeit kann erlassen werden, wenn dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragt und der darin geforderte ärztliche Untersuchungsbericht vorgelegt wird.
6. Bei Umwandlung in Tarife mit höheren Leistungen bzw. früherem Leistungsbeginn gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 14 Anmeldung von Ansprüchen

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die eingetretene völlige Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person innerhalb einer Frist von fünf Tagen durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen und den Nachweis jederzeit auf Anforderung der DKV unverzüglich zu erneuern.
Er ist ferner verpflichtet, alle 10 Tage schriftlich zu erklären, für welche Dauer Gehalt oder Lohn an die versicherte Person gezahlt wird (vgl. §§ 1 Ziff. 4 und 18 Ziff. 2). Auf Verlangen der DKV ist die Richtigkeit der abgegebenen Erklärung durch geeignete Urkunden unverzüglich zu beweisen.
2. Der Versicherungsnehmer hat die Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähig-

keit der versicherten Person innerhalb einer dreitägigen Frist anzuzeigen. Ein Rückfall oder eine anschließende Wiedererkrankung ist erneut nach Ziff. 1 zu melden.

3. Die DKV ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Ziff. 1 und 2 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
4. Das Tagegeld wird in der Regel in Abständen von einer Woche gezahlt, jedoch nicht eher, als die Leistungspflicht der DKV festgestellt ist.

§ 15 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
d) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter c) genannten Ereignissen steht;
e) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn die Tarife nichts anderes vorsehen.
2. Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.
- 2.1 Die vorstehende Einschränkung entfällt.

§ 16 entfällt

§ 17 Örtlicher Geltungsbereich

1. Ein Anspruch auf Tagegeld setzt voraus, dass sich der Versicherte an seinem Wohnsitz in Deutschland aufhält. Wird er in Deutschland außerhalb seines Wohnsitzes völlig arbeitsunfähig, so steht dem Versicherungsnehmer das Tagegeld zu, solange die Erkrankung des Versicherten eine Rückkehr ausschließt.
2. Die Einschränkung laut Ziff. 1 entfällt für die Dauer einer stationären Behandlung (vgl. § 19) in Deutschland oder im europäischen Ausland.

§ 18 Leistungen der DKV

1. Die Gewährung von Tagegeldern im Rahmen dieser Bestimmungen setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird. Atteste von Heilpraktikern reichen zur Begründung der Arbeitsunfähigkeit nicht aus, desgleichen nicht Bescheinigungen von Ärzten, die mit dem Versicherten in auf- oder absteigender Linie verwandt sind, sowie von Ehegatten bzw. Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang).

2. Ein Tagegeldanspruch besteht, wenn und solange der Versicherungsnehmer verpflichtet ist, der versicherten Person im Falle der völligen, ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit Gehalt oder Lohn zu zahlen (vgl. § 1 Ziff. 4). Die Zahlung des Tagegeldes erfolgt an den Versicherungsnehmer.

3. Bei völliger Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 2 AVB) der versicherten Person wird ab vereinbartem Leistungsbeginn für die vereinbarte Leistungsdauer (auch an Sonn- und Feiertagen) nach den Tarifen TL 1 bis TL 6 ein Tagegeld in vertraglicher Höhe gezahlt.

Als Leistungsbeginn kann

bei Tarif TL 1 der 4., 8., 15. oder 22. Tag,

bei Tarif TL 2 der 4., 8., 15., 22., 43., 57. oder 64. Tag,

bei den Tarifen TL 3 bis TL 6 der 4., 8., 15., 22., 43., 57., 64. oder 92. Tag

der Arbeitsunfähigkeit gewählt werden.

Die Leistung endet nach Tarif

	TL 1	TL 2	TL 3
mit Ablauf der	6. Woche (42. Krankheitstag)	13. Woche (91. Krankheitstag)	26. Woche (182. Krankheitstag)

	TL 4	TL 5	TL 6
mit Ablauf der	52. Woche (364. Krankheitstag)	65. Woche (455. Krankheitstag)	78. Woche (546. Krankheitstag)

der völligen Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person.

4. Tritt innerhalb eines Versicherungsjahres mehrmals eine Arbeitsunfähigkeit ein, so beträgt die Höchstleistungsdauer (vgl. Ziff. 3)

	TL 1	TL 2	TL 3
	18 Wochen (126 Tage)	26 Wochen (182 Tage)	39 Wochen (273 Tage)

unter Einschluss der im Falle der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit abzuziehenden vereinbarten Kanztage.

§ 19 Krankenhausbehandlung

Wird während der völligen Arbeitsunfähigkeit stationäre Behandlung erforderlich, so ist das vereinbarte Tagegeld nur zu gewähren, wenn ein von der DKV anerkanntes Krankenhaus aufgesucht wird.

Als anerkannte Krankenhäuser gelten alle Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und dauernden Aufsicht eines dort anwesenden Arztes stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Kraken geschichten führen. Unter den gleichen Voraussetzungen gelten als Krankenhäuser auch geschlossene Sanatorien für Tbc-Krankheiten (Tbc-Heilstätten) und geschlossene Nervenheilstätten, nicht jedoch alle sonstigen Sanatorien und Heilstätten sowie solche Anstalten, in denen auch Kuren durchgeführt oder Rekonvaleszenten aufgenommen werden.

§ 20 Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und des Versicherten

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der DKV unverzüglich den Zeitpunkt mitzuteilen, zu welchem die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Versicherung oder des Versicherungsvertrages entfallen (vgl. § 5) oder eine Minderung des täglichen Durchschnitts-Bruttoeinkommens der versicherten Person eingetreten ist (vgl. § 1 Ziff. 4).

2. Jeder nachträgliche Beitritt zu einer anderen Kranken- oder Unfallversicherung ist der DKV unverzüglich unter Angabe der Höhe des anderweitig vereinbarten Tagegeldes mitzuteilen.

3. Die DKV ist berechtigt, jederzeit, auch vor jeweils eingetretener völliger Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person, von dem Versicherungsnehmer den Nachweis zu verlangen, dass das vereinbarte Tagegeld die in den letzten drei Monaten an die versicherte Person geleisteten, auf den Tag umgerechneten Gehalts- oder Lohnzahlungen nicht übersteigt. Erbringt der Versicherungsnehmer diesen Nachweis nicht innerhalb von 14 Tagen, so ist die DKV mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei (vgl. § 14) und kann den Vertrag innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

4. Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen der DKV jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der DKV und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten der DKV zu erteilen.

5. Auf Verlangen der DKV ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der DKV beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

6. Die versicherte Person muss die Nachuntersuchung innerhalb drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen. Verweigert sie die Nachuntersuchung, kann das Tagegeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden.

7. 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.

8. Sofern der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den in Ziff. 1 bis 7 genannten Obliegenheiten zuwiderhandelt, ist die DKV mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 21 Rechtsgrundlage des Versicherungsvertrages

Umfang und Inhalt des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den im Versicherungsschein aufgenommenen oder während der Vertragsdauer vereinbarten Besonderen Bedingungen, dem vereinbarten Tarif, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Es gilt deutsches Recht.

§ 22 Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers)

1. Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung werden nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherungsnehmer verwendet wird, unter anderem für Zwecke der Beitragsrückerstattung (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Die DKV kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen. Welche Tarife an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird von der DKV jährlich mit Zustimmung des Treuhänders entschieden.
2. Wird für den vereinbarten Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, wenn
 - a) aus ihrer Versicherung für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind;
 - b) ihre Versicherung während des ganzen Geschäftsjahres in dem betreffenden Tarifverband bestanden hat und am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer besteht (das zweite Erfordernis entfällt, wenn die Versicherung wegen Todes der versicherten Person geendet hat);
 - c) für ihre Versicherung der Beitrag, der während des Geschäftsjahres fällig geworden ist, bis zum 31. Dezember vollständig entrichtet ist.
3. Die Beitragsrückerstattung nach Ziff. 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
4. Eine Beitragsrückerstattung nach Ziff. 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.
5. Die Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung erhält der Versicherungsnehmer. Die DKV ist jedoch berechtigt, die Beitragsrückerstattung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

§ 23 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.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20

Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21

Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 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.

§ 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.

§ 194

Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

§ 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.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.