

## 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	Klagefrist / Gerichtsstand	4
§ 13	Beginn des Versicherungsschutzes / Wartezeiten	4
§ 14	Anmeldung von Ansprüchen	5
§ 15	Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 16	entfällt	
§ 17	Örtlicher Geltungsbereich	5
§ 18	Leistungen der DKV	5
§ 19	Krankenhausbehandlung	6
§ 20	Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und des Versicherten	6
§ 21	Rechtsgrundlagen des Versicherungsvertrages	6
§ 22	Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers)	6
§ 23	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	7
Anhang		7

---

## § 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 wachsenden 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 oder ein Leistungsausschluss vereinbart 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 60. 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 Willenserklärung und Anzeigen

---

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der DKV bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.
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 65. Lebensjahres zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die Altersgrenze erreicht wird, sofern nicht besondere Vereinbarungen über eine Fortsetzung des Versicherungsvertrages getroffen worden sind,
    - 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
- 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,
  - bei Verlegung des Unternehmens außerhalb Deutschlands,
  - 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
- Rücktritt (§ 8),
  - 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 Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

---

## § 6 Kündigung

---

- 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).
- 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.
- 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.
- 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

---

- Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bei dem Abschluss, der Abänderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, so kann die DKV nach Maßgabe der §§ 16-21 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) vom Verträge zurücktreten.
- Das Recht der DKV zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 Bürgerliches Gesetzbuch oder § 22 VVG bleibt unberührt.

---

## § 9 Beitragszahlung

---

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
- 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.
- Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind an die von der DKV zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 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. 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 Beitragszuschläge 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 oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht die DKV zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieses Tarifs von der DKV überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs von der DKV überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst 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. Anpassungen nach Ziff. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

---

## § 11

---

### I. Doppelversicherung

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

Wird hiergegen verstoßen, so ist die DKV nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn sie von ihrem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

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 § 11 Abs. 1 bis 3 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 Klagefrist / Gerichtsstand

---

1. Hat die DKV einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist sie insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem die DKV den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
2. Klagen gegen die DKV können bei dem Gericht am Sitz der DKV oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zurzeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
3. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

---

## § 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 Arbeitsfähigkeit 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 der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung 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 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;

- d) 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.
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 mit Ablauf der	nach Tarif		
	TL 1	TL 2	TL 3
6. Woche (42. Krank- heitstag)	13. Woche (91. Krank- heitstag)	26. Woche (182. Krank- heitstag)	
	TL 4	TL 5	TL 6
52. Woche (364. Krank- heitstag)	65. Woche (455. Krank- heitstag)	78. Woche (546. Krank- heitstag)	

der völligen Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person.

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

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

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

## § 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 Krankengeschichten führen. Unter den gleichen Voraussetzungen gelten als Krankenhäuser auch geschlossene Sanatorien für Tbc-Krankheiten (Tbc-Heilstätten) und geschlossene Nervenheilanstalten, 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

- 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).
- Jeder nachträgliche Beitritt zu einer anderen Kranken- oder Unfallversicherung ist der DKV unverzüglich unter Angabe der Höhe des anderweitig vereinbarten Tagegeldes mitzuteilen.
- 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 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 als eine unverschuldete anzusehen ist.

- 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.
- Auf Verlangen der DKV ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der DKV beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- 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.
- 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.
- Sofern der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den in Ziff. 1 bis 7 genannten Obliegenheiten zuwiderhandelt, ist die DKV nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 und 3 VVG (siehe Anhang) 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)

- Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) werden mindestens 80% einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherungsnehmer für Zwecke der Beitragsrückerstattung verwendet wird (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Die DKV kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragsenkung 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.
- Wird für den vereinbarten Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, wenn
  - aus ihrer Versicherung für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind;
  - 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 beendet hat);
  - für ihre Versicherung der Beitrag, der während des Geschäftsjahres fällig geworden ist, bis zum 31. Dezember vollständig entrichtet ist.
- 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. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten von der DKV mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden
  - a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
  - b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
  - c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
  - d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.
2. Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
3. Änderungen nach Ziff. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
4. Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann die DKV mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Ziff. 3 gilt entsprechend.

## Anhang

### Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

#### § 6 Obliegenheitsverletzung

(1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

#### § 11 Fälligkeit

(1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablaufe eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebung infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

#### § 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

#### § 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zurzeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten ergibt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.\*)

(\*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)