

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif *pro*

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) - §§ 1 - 18

Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 35 des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

2 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.

Nr. 1
Wird innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit festgestellt, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit auf die Karenzzeit angerechnet.

Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, so gilt hierfür keine neue Karenzzeit. Als Karenzzeit gilt der Zeitraum zwischen dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, und dem vereinbarten Beginn der tariflichen Krankentagegeldleistung.

3 Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Nr. 2
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. leistet bei Teilarbeitsunfähigkeit, sofern die Tarifstufe dies vorsieht. Insofern gilt § 1 Absatz 3 MB/KT 2009 nicht.

4 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer 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 die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) und insoweit auch eine Wartezeit (§ 3 Abs. 6) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

Nr. 3
Kann der Versicherungsnehmer eine Verbesserung des Nettoeinkommens (siehe § 4 Absatz 2 MB/KT 2009 und Tarifbedingung Nr. 12) nachweisen, so kann er ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten innerhalb von drei Monaten ab der frühestmöglichen Nachweismöglichkeit den bestehenden Versicherungsschutz maximal um diese Verbesserung anpassen. Bereits eingetretene Versicherungsfälle werden hiervon nicht berührt.

Nr. 4
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verzichtet bei beruflich bedingter Verkürzung der Karenzzeit auf eine Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, sofern die neue verkürzte Karenzzeit drei Wochen nicht unterschreitet und grundsätzliche Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Der Antrag muss dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. innerhalb von drei Monaten nach Verkürzung der Karenzzeit vorliegen. Die verkürzte Karenzzeit gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang des Antrages beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. folgt.

Nr. 5
War der Versicherungsnehmer bedingungsgemäß verpflichtet, den Versicherungsschutz herabzusetzen, so kann er den Versicherungsschutz innerhalb von fünf Jahren ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten ganz oder teilweise wieder herstellen.

6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

7 Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang

für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Nr. 6

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz in gleicher Weise wie im europäischen Ausland.

Für den vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland können weitergehende besondere Vereinbarungen getroffen werden.

8 Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat 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 öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

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. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 7

Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Arbeitsunfähigkeitstage geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Karenzzeit liegen. Dabei rechnet die Karenzzeit auch in diesem Falle ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Nr. 8

Bei einem Wechsel der Tarifstufe oder einer Erhöhung des Krankentagegeldes gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels bzw. der Erhöhung als Beginn des neuen Versicherungsschutzes. Soweit sich Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen für „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KT 2009) entsprechend.

Bei der Beitragsberechnung werden Beitragshöhe und Dauer der bisherigen Versicherung berücksichtigt.

§ 3

Wartezeiten

1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

3 Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

Nr. 9

Die vorstehenden besonderen Wartezeiten entfallen. Soweit der Tarif eine Leistung für Entbindungen vorsieht, gilt für diese eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.

4 Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

Nr. 10

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung zugehen.

5 Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

Nr. 11

Zugunsten des Versicherungsnehmers erfolgt die Anrechnung auf die Wartezeiten unabhängig von der Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs.

Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

6 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

1 Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

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

Nr. 12

Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei

Selbstständigen:

80 % des Bruttoeinkommens (Gewinn gemäß § 4 Absatz 3 EStG) aus selbstständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus Gewerbebetrieb;

Arbeitnehmern:

80 % des Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit.

Nr. 13

Solange nach Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit das Nettoeinkommen noch nicht aus einem Einkommensteuerbescheid hergeleitet werden kann, ist ein aufgrund von Erfahrungswerten einvernehmlich geschätzter Wert maßgebend.

Nr. 14

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. bietet den Versicherungsnehmern eine Anpassung des vereinbarten Krankentagegeldes an, wenn sich seit der letzten Anpassung die durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte der Arbeiter und Angestellten um mehr als 10 % verändert haben.

Für diese Anpassung entfallen erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Die Anpassung wird wirksam, wenn der Versicherungsnehmer das Angebot durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. innerhalb von 4 Wochen annimmt. Das erhöhte Krankentagegeld gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang der Annahmeerklärung beim Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. folgt.

3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

4 Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

Nr. 15

Ändert sich die Dauer, für die der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Arbeitsentgelt fortzahlt, so gilt § 4 Absätze 3 und 4 MB/KT 2009 über die Mitteilungspflicht des Versicherungsnehmers und die Änderung des Vertrages sinngemäß.

5 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.

6 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

7 Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

8 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

9 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 16

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. erbringt die tariflichen Leistungen abweichend von § 4 Absatz 9 MB/KT 2009 auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage.

§ 5

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 Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 17

Die Leistungseinschränkung bei Arbeitsunfähigkeit wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht sind, entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Nr. 18

Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KT 2009.

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

Nr. 19

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KT 2009 entfällt.

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

Nr. 20

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. zahlt das Krankentagegeld ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt beruht.

e) 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 d) genannten Ereignissen steht;

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

Nr. 21

Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe f) MB/KT 2009 gilt nicht, wenn und soweit der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes außerhalb des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Nr. 22

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. zahlt Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während der Rehabilitationsmaßnahmen nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit, wenn und soweit der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

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 Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt 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.

Nr. 23

Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Absatz 2 MB/KT 2009 entfällt.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

1 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2 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 kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Nr. 24

Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus der Tarifstufe, der Höhe des Krankentagegeldes, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten.

3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

2 Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

3 Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

4 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

5 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach 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 Abs. 1 Buchstabe a) oder b).

4 Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

5 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

6 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 aufgrund 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.

7 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a

Beitragsberechnung

1 Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und

ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

3 Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4 Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertersatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

Nr. 25 Der tariflich festgelegte Vorhundertersatz beträgt 5.

2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer 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.

§ 9 Obliegenheiten

1 Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif fest-

gesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Nr. 26
Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. auf Verlangen - mindestens aber in 14tägigen Abständen - nachzuweisen.

2 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

4 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 Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

6 Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2 Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) 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 zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Nr. 27

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres. Für diese Zeit wird der Versicherungsvertrag fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel der Tarifstufe oder Erhöhungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

4 Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis 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 das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

5 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

6 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Ver-

sicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

1 Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

Nr. 28

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. wird das in den ersten drei Versicherungsjahren bestehende ordentliche Kündigungsrecht nicht ausüben, solange für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. besteht.

2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

4 Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

Nr. 29

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

1 Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

Nr. 30

Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 Absatz 1 Buchstabe a MB/KT 2009 auf sechs Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 bleibt unberührt.

Für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit wurden, ist die Zusatzvereinbarung bei Arbeitslosigkeit (siehe Anlage) zu beachten.

- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

Nr. 31

Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. aufgrund der eingereichten ärztlichen Befunde/Atteste oder ähnlicher geeigneter Nachweise. Der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. ist berechtigt, zur Beurteilung des Vorliegens einer Berufsunfähigkeit auch selbst entsprechende Nachweise einzuholen.

Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Nr. 32

Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenanspruch wegen Berufsunfähigkeit/ Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenanspruch entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.

Sollte es zu einer rückwirkenden Rentenzahlung eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers kommen, besteht für diesen Zeitraum grundsätzlich kein Krankentagegeldanspruch. Auf bereits ausgezahlte Krankentagegeldleistungen hat der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. einen Rückforderungsanspruch.

Nr. 33

Das Versicherungsverhältnis endet mit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
- e) bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

2 Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Nr. 34

Wird das Versicherungsverhältnis aus den in Tarifbedingung Nr. 33 genannten Gründen beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Auf Antrag des Versicherungsnehmers prüft der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. anhand geeigneter Nachweise, ob die Voraussetzungen für den Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbstätigkeit vorliegen. Sofern dies der Fall ist, wird das ursprüngliche Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt wieder in Kraft gesetzt, in dem die Voraussetzungen vorlagen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

Nr. 35

Als Schriftform im Sinne des § 16 MB/KT 2009 gilt auch die Textform (d. h. z. B. per Brief, Telefax oder E-Mail).

§ 17

Gerichtsstand

1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig,

an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

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

3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18**Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**

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

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