

## Wesentliche Merkmale des Tarifs KTAR

- Krankentagegeld vom 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zum 182. Tag

---

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung nach Tarif KTAR

Fassung Januar 2024

---

### Inhalt

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	2	§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen .....	7
§ 2	Abschluss des Versicherungsvertrages.....	2	§ 11	Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit.....	7
§ 3	Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten.....	3	§ 12	Aufrechnung .....	7
§ 4	Umfang der Leistungspflicht.....	3	§ 13	Kündigung .....	7
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht .....	4	§ 14	Rücktritt, Anfechtung.....	7
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	4	§ 15	Sonstige Beendigungsgründe .....	8
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes .....	5	§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen .....	8
§ 8	Beitragszahlung .....	5	§ 17	Gerichtsstand .....	8
§ 8a	Beitragsberechnung .....	5	§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen .....	8
§ 8b	Beitragsanpassung .....	6	Anhang - Gesetzestexte .....	11	
§ 9	Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person.....	6			

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer zahlt nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und des Tarifs während der Dauer des Versicherungsvertrages dem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer für den durch völlige Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person (Arbeitnehmer) bedingten Arbeitsausfall ein Krankentagegeld in der vereinbarten Höhe.

(2) Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn der Versicherte (Arbeitnehmer) infolge einer Krankheit oder eines Unfalls seine berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf 100%ige Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. 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 bezahlt. Eine teilweise Arbeitsunfähigkeit begründet keinen Versicherungsfall.

(4) Das vereinbarte Krankentagegeld 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. § 4 Abs. 4).

(6) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen

Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Anhang, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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 (§ 8a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(8) Ein Anspruch auf Krankentagegeld setzt voraus, dass sich die versicherte Person an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält. Wird sie in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes völlig arbeitsunfähig, so steht dem Versicherungsnehmer das Krankentagegeld zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge der versicherten Person nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt.

(9) Die Einschränkung laut Abs. 8 entfällt für die Dauer einer stationären Behandlung (vgl. § 4 Abs. 6) in Deutschland oder im europäischen Ausland. Für kurzfristige, vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

### § 2 Abschluss des Versicherungsvertrages

Die Vertragserklärung zum Abschluss der Versicherung ist vom Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) abzugeben und von ihm und dem Arbeitnehmer (versicherte Person) zu unterzeichnen. Durch seine Unterschrift verpflichtet sich der Arbeitnehmer, die ihm vom Versicherer 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.

### **§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes und 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. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 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 des Versicherers beantragt und der darin geforderte ärztliche Untersuchungsbericht vorgelegt wird. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung der zu versichernden Person trägt der Antragsteller.

(6) Bei Vertragsänderungen wird die bisher in Tarif KTAR zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten des hinzukommenden Teils des Versicherungsschutzes angerechnet.

(7) Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ur-

sprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

### **§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Die Zahlung von Krankentagegeld 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 ärztlich 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 und von Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang).

(3) Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Bruttoeinkommen 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 Bruttoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Erhöht sich das Bruttoeinkommen der versicherten Person, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Bruttoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, wenn er innerhalb von zwei Monaten nach der Einkommenserhöhung zum 01.07. des auf die Einkommenserhöhung folgenden Jahres gestellt wird.

(6) 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.

(7) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 6 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. Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern.

### **§ 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. Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, abweichend von Satz 1 Versicherungsschutz bei Arbeitsunfähigkeit wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1a);

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

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

d) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterchutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige;

e) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Diese Einschränkung der Leistungspflicht gilt nicht bei stationärer Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers.

Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld und Übergangsgeld werden in diesem Fall auf das Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem Krankentagegeld das vereinbarte Krankentagegeld nach § 1 Abs. 4 übersteigen.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt,

a) wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat,

b) für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort,

c) wenn die versicherte Person dort ihren 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.

### **§ 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.

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

(3) Die Versicherungsleistungen werden unbar auf ein Inlandskonto erbracht.

(4) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtre-

tungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(5) Das Krankentagegeld wird für die nachgewiesene Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachträglich gezahlt.

### **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Verhältnis gemäß § 13 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

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

(3) Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.

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

(6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(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 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.

(8) Die Beiträge bzw. Beitragsraten 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 bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter 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) Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(5) 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 Vomhundertsatz, 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.

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß Satz 2 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von dem Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag geändert werden.

(2) (entfallen)

(3) Anpassungen nach Abs. 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.

### **§ 9 Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person**

(1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Zeitpunkt mitzuteilen, zu welchem die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Versicherung oder des Versicherungsvertrages entfallen (vgl. § 15) oder eine Minderung des täglichen Durchschnitts-Bruttoeinkommens der versicherten Person eingetreten ist (vgl. § 1 Abs. 4 und 5).

(2) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden. Im Übrigen ist jeder nachträgliche Beitritt zu einer anderen Kranken- oder Unfallversicherung dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die eingetretene völlige Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person innerhalb einer Frist von fünf Tagen durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen. Die Frist für den Nachweis der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit wird der versicherten Person jeweils im Versicherungsfall mitgeteilt. Die Nachweise müssen auch die Bezeichnung der Krankheit beinhalten.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit der versicherten Person innerhalb einer dreitägigen Frist anzuzeigen.

(5) Der Versicherer ist berechtigt, jederzeit, auch vor jeweils eingetretener völliger Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person, von dem Versicherungsnehmer den Nachweis zu verlangen, dass das vereinbarte Krankentagegeld die in den letzten drei Monaten an die versicherte Person geleisteten, auf den Tag umgerechneten Gehalts- oder Lohnzahlungen nicht übersteigt. Der Versicherungsnehmer hat diesen Nachweis innerhalb von 14 Tagen zu erbringen.

(6) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers

und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen (vgl. auch Abs. 9).

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

(8) 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.

(9) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der versicherten Person die Erfüllung aller gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu übertragen, soweit er sie nicht selbst erbringen kann.

#### **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

**(1) Wird eine der in § 9 Abs. 1 und 2 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 kündigen.**

(2) 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 8 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(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 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. Der Versicherer ist berechtigt, seine Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gegen etwaige Ansprüche des Versicherungsnehmers aufzurechnen.

#### **Ende der Versicherung**

#### **§ 13 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 Abs. 4).**

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder erfolgt eine Änderung der Bedingungen und des Tarifs gemäß § 18, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten 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 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.

(4) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß Abs. 1. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherers bleiben unberührt.

#### **§ 14 Rücktritt, Anfechtung**

**(1) Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bei dem Abschluss, der Abänderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung die**

Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, so stehen dem Versicherer die Rechte nach Maßgabe des § 194 Abs. 1 VVG und der §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) zu.

**(2) Das Recht des Versicherers zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung bleibt unberührt.**

### **§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

**(1.1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person**

- a) mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente,**
- b) mit 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,**
- c) mit dem Tod,**
- d) mit Erlöschen des Dienstvertrages zwischen dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person,**
- e) mit Vollendung des 67. Lebensjahres,**
- f) mit dem Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland.**

**(1.2) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit der Beendigung der Versicherung.**

**(2.1) Der Versicherungsvertrag endet**

- a) im Zeitpunkt des Beendigungsereignisses gemäß Abs. 1a)-f), soweit der Vertrag nur eine versicherte Person umfasst oder das Beendigungsereignis in den Versicherungen aller versicherten Personen eintritt,**
- b) bei Verlegung des Unternehmens außerhalb der Bundesrepublik Deutschland,**
- c) bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens, dessen Abweisung mangels Masse oder bei Bestellung eines vorläufigen Insolvenzverwalters.**

**(2.2) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit der Beendigung der Versicherung.**

## **Sonstige Bestimmungen**

### **§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen**

(1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(2) Sofern ein Versicherungsnehmer dem Versicherer eine Verlegung des Unternehmens oder eine Wohnungsänderung der versicherten Person nicht mitgeteilt hat, genügt es für die Rechtswirksamkeit einer dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn diese an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift per Einschreiben abgesandt ist. Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

### **§ 17 Gerichtsstand**

(1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(2) 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.

### **§ 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.

## Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Ombudsmann Private Kranken- und  
Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

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

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

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

## Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

## Hinweis auf den Rechtsweg

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

# Tarif KTAR

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Versicherung gegen Verdienstausfall nach Tarif KTAR.

## I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsnehmer können alle Arbeitgeber sein, die in der Bundesrepublik 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 lohn-/einkommensteuerpflichtigen Arbeitnehmer mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland sein, 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.

Der Versicherer kann Personen, die ein erhöhtes Risiko darstellen, gegen Berechnung eines zu vereinbarenden Zuschlages zum Beitrag (Risikozuschlag) oder unter Besonderen Bedingungen versichern.

## II. Versicherungsleistungen

Bei völliger Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 2 der AVB) der versicherten Person (Arbeitnehmer) wird ab dem vereinbarten Leistungsbeginn bis zum 182. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit (auch an Sonn- und Feiertagen) ein Krankentagegeld in vertraglich vereinbarter Höhe gezahlt.

Die Krankentagegeldzahlung erfolgt von dem Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit an, der durch die Tarifstufe bezeichnet wird:

- nach Tarifstufe KTAR.43 vom 43. Tag

Tritt innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals eine Arbeitsunfähigkeit ein, so beträgt die Höchstleistungsdauer 39 Wochen (273 Tage) unter Einschluss der im Falle der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit abzuziehenden vereinbarten Karenztage.

Die Zahlung von Krankentagegeld erfolgt unter der Voraussetzung, dass nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Tarif ein Leistungsanspruch besteht und der Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) verpflichtet ist, der versicherten Person im Falle der völligen, ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit Gehalt oder Lohn zu zahlen (vgl. § 1 Abs. 4 der AVB).

## **Anhang - Gesetzestexte**

### **Versicherungsvertragsgesetz [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 Abs. 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 ange-

ben, 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 Vertragsabschluss; 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 Abs. 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 Abs. 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; Abs. 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. 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.

## **Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]**

in der bis zum 30. September 2017 geltenden Fassung

### **§ 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.