

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentage-
geldversicherung
nach Tarif TKT (AVB/TKT) für den Fonds
zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer der
Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V.**

§ 1

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die vom Geltungsbereich des „Tarifvertrags zur Führung von Langzeitkonten für die Arbeitnehmer verschiedener Unternehmen des DB-Konzerns (Lzk-TV)“ in seiner jeweiligen Fassung erfasst und Mitglied der an diesem Tarifvertrag beteiligten Gewerkschaft sind.

§ 2

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Lzk-TV sowie dem SozialSicherungs-TV in der jeweils am 01.10.2010 gültigen Fassung, dem mit dem Fonds zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e. V. (im Folgenden „Fonds soziale Sicherung“) aufgrund des Lzk-TV abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (2) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall 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.
- (3) 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, wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- (4) 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.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (6) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im 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.
- (7) Der Versicherer gewährt im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent ein Übergangsgeld in Höhe des versicherten Krankentagegelds, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt wird. Die Leistungspflicht besteht für längstens vier Wochen und nur für die Tage eines Monats, in dem der Arbeitnehmer kein Entgelt oder sonstige Leistungen des Arbeitgebers erhält.

§ 3

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsvertrag bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

- (1) Das Krankentagegeld wird in vertraglich vereinbarter Höhe ohne zeitliche Begrenzung – auch für Sonn- und Feiertage – für jeden Tag vom ersten des Folgemonats an gezahlt, in dem die versicherte Person keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall im Sinne des Entgeltfortzahlungsgesetzes oder sonstige Entgeltzahlungen (z. B. Krankengeldzuschuss) durch den Arbeitgeber mehr hat.
- (2) 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.
- (3) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (4) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat die versicherte Person zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (5) 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.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- a) infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit;
- b) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- c) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschaftsgesetz besteht jedoch ein Leistungsanspruch in vertraglich vereinbartem Umfang.
- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz);
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 5). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationssträger.

§ 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.
- (3) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (4) Das Krankentagegeld wird nachschüssig nach Eingang der ärztlichen Bescheinigung bis zum Ausstellungsdatum, längstens jedoch bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des mit dem Fonds soziale Sicherung abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrags.

Macht der Versicherer von seinem vertraglich vereinbarten Kündigungsrecht innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre Gebrauch, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am 30. Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls der Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 12 Buchstabe a oder b.

§ 8

Obliegenheiten

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens am Tag des vereinbarten Leistungsbeginns durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 4) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstag nach Maßgabe des § 9 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem vertraglich vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens jedoch in Abständen von vier Wochen auf dem dafür vorgesehenen Vordruck nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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. Die versicherte Person muss die Nachuntersuchung innerhalb von drei Werktagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen 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) Ein Wechsel des Behandlers, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

§ 9

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

§ 10

Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit (vgl. § 1), der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 12 Buchstabe b) oder der Bezug von Altersrente (vgl. § 12 Buchstabe c) einer versicherten Person während des Leistungsbezugs ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 11

Weiterversicherungsrecht nach Kündigung

Endet das Versicherungsverhältnis durch Kündigung des Versicherungsvertrags, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis zu Einzelversicherungskonditionen fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat, abzugeben.

§ 12

Besondere Beendigungsgründe hinsichtlich der versicherten Person

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- a) bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit (vgl. § 1) zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine vertraglich vereinbarten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
- 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 Prozent erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine vertraglich vereinbarten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) mit dem Bezug von Altersrente;
- d) mit dem Tod;

Wird ein Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalls arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist nach Buchstabe a) auf zwölf Monate. Die Frist nach Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt.

§ 13

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.