

# **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarif TA 6V im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTV)**

**gültig ab 01.01.2018**

## **Der Versicherungsschutz**

### **1. Aufnahme und Versicherungsfähigkeit**

Aufnahme- und versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, wenn sie folgende weitere Voraussetzungen erfüllen:

- Versicherungspflichtiges Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),
- Versicherbarkeit im Rahmen eines vom Versicherer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages,
- Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis, der weder geringfügig beschäftigt noch Auszubildender ist,
- Kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung von mehr als 6 Wochen.

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

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausschlag 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.

Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

(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.

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

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(6) 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.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren 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.

### **§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag**

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag 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 Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

### **§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes**

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. Versicherungszertifikat bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Begründung des Versicherungsverhältnisses (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines bzw. Versicherungszertifikates oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Begründung des Versicherungsverhältnisses eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Versicherungsschutz besteht pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr; das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer es nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

### **§ 3 Wartezeiten**

Für Tarif TA 6V gelten keine Wartezeiten.

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

(1) Ist der Versicherte infolge einer Krankheit oder eines Unfalles vollständig (100 %) arbeitsunfähig, wird das versicherte Krankentagegeld ab dem 43. Tag ab Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Die Leistungshöchstdauer beträgt wegen derselben Erkrankung bzw. Unfallfolge 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren seit dem ersten Auftreten der Erkrankung bzw. Unfallfolge. Ein erneuter Anspruch besteht, wenn die versicherte Person wegen derselben Erkrankung bzw. Unfallfolge mindestens 6 Monate nicht arbeitsunfähig war.

(2) Die Leistungspflicht des Versicherers beschränkt sich, sofern nicht anders vereinbart, auf das auf den Kalendarstag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen zuzüglich des nach Satz 7 versicherbaren Betrages. Sonstige aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit erbrachte Leistungen werden auf die Versicherungsleistungen angerechnet. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Stellung des Versicherungsantrags bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Als Nettoeinkommen gelten 75 % des Bruttogehalts aus unselbstständiger Tätigkeit (einschließlich Urlaubs-, Weihnachtsgeld, vermögenswirksamer Leistungen und Sachbezügen sowie regelmäßiger Sonderzahlungen und Zulagen).

Im Einzelfall kann ein durch Steuerbescheid oder Gehaltsabrechnung nachgewiesenes höheres durchschnittliches Nettoeinkommen berücksichtigt werden. Nettoeinkommen ist in diesem Fall das Bruttogehalt abzüglich Steuern (einschließlich Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag).

Wird die versicherte Tätigkeit nachweislich noch keine 12 Monate ausgeübt, gelten als Nettoeinkommen 75 % des vereinbarten Jahreszielgehalts.

Zusätzlich zum Nettoeinkommen können die Beitragsanteile abgesichert werden, die anstelle des Arbeitgeberanteils nach Wegfall der Entgeltfortzahlung während der Arbeitsunfähigkeit zur Renten-, Arbeitslosen-, gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflege-Pflichtversicherung zu entrichten sind.

Die Karenzzeit darf nicht kürzer als die Dauer der Arbeitsentgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.

(3) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens bzw. Verlängerung der Arbeitsentgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter den nach Abs. 2 versicherbaren Betrag, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Ebenso kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Anpassung verlangen.

Maßgebend sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen. Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht.

Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden zum Beginn des auf die Kenntniserlangung folgenden Monats wirksam. Bei einem Änderungsverlangen des Versicherungsnehmers ist der Versicherer berechtigt, einen Einkommensnachweis zu verlangen.

(5) Für Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis wird bei einer Erhöhung des Nettoarbeitsentgelts auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld im Rahmen der bestehenden Tarife entsprechend angepasst. Dabei finden grundsätzlich die Bestimmungen des § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 Anwendung. Wirksam wird die Anpassung zu dem Monatsbeginn, der dem Antragseingang beim Versicherer folgt, frühestens jedoch zu Beginn des Monats, für den die Entgelterhöhung gilt.

Die Erhöhung des Nettoarbeitsentgelts und der Zeitpunkt, ab wann diese gilt, sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

(6) 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.

(7) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(8) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch die Vorlage der Bescheinigung der GKV über die Krankengeldzahlung bzw. des Rentenversicherungsträgers über die Zahlung von Übergangsgeld bis spätestens zum Ende des 3. Monats ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen.

Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat die versicherte Person zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(9) 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.

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

Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
- b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
- c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
- d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

(11) Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Abs. 10 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

## **§ 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 Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz).

Im Übrigen werden Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet.

Für die Zeit der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit und unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn bei Entbindung nach Vorlage der amtlichen Geburtskunde eine Pauschale in Höhe des 12fachen vereinbarten Krankentagegeldes gezahlt.

- d) 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. 9 bis 11). 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.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort 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.

Das Krankentagegeld wird monatlich nachträglich gegen Vorlage einer Bescheinigung der GKV über die Krankengeldzahlung bzw. des Rentenversicherungsträgers über die Zahlung von Übergangsgeld gezahlt. Der Versicherer ist berechtigt, darüber hinaus eine ärztliche Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Art der Erkrankung und die erfolgte Behandlung auf einem von ihm zur Verfügung gestellten Vordruck zu verlangen.

(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.

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(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, Bezug von Erwerbsunfähigkeits-/Erwerbsminderungs- oder Altersrente, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 a) bis d).

## **Pflichten des Versicherungsnehmers**

### **§ 8 Beitragszahlung**

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind, sofern nicht anders vereinbart, am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Die Beiträge sind vom Versicherungsnehmer an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

(3) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

(4) Nicht rechtzeitige sowie unvollständige Zahlung eines Beitrags durch den Versicherungsnehmer 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. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

### **§ 8a Beitragsberechnung**

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.

### **§ 8b Beitragsanpassung**

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dem entsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach Auffassung des Versicherers die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(2) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

## **§ 9 Obliegenheiten**

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer nach dem 43. Tage einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit, spätestens zum Ablauf von 3 Monaten ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 8) 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 monatlich nachzuweisen.

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

(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.

Die ärztliche Untersuchung kann an einem vom Versicherer bestimmten Ort erfolgen.

(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, sofern nicht anders vereinbart, nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

## **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

(1) 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 § 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) das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist 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 und von Beendigungsgründen**

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der Bezug von Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente oder Altersrente (vgl. § 15 Abs. 1 a) bis d)) 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.

## **§ 11a Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.



(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## **§ 12 Aufrechnung**

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

## **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.

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

(3) 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 von zwei Monaten 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.

(4) 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.

(5) 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 Versicherungsnehmer 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.

(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, Tarife oder für nachträgliche Erhöhungen 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.

## § 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person
- 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;
  - 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.
  - c) mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente.
  - d) mit dem Bezug von Altersrente.
  - e) 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;
  - f) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses:

- a) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit, für die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses, bei späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Nach Ablauf dieser Frist ist die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung nicht möglich.
- b) Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen in dem selben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.
- c) Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

### § 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer bzw. eine versicherte Person ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers bzw. einer nach den vertraglichen Regelungen klagebefugten versicherten Person oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer bzw. eine versicherte Person nach Vertragsschluss ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung gegen sie 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.

## **Auszug aus dem 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 Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

### **§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

**§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie**

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

**§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie**

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

**§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen**

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. 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) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

## **Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)**

### **§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung**

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.
- (2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen
  1. bei Frühgeburten,
  2. bei Mehrlingsgeburten und,
  3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.