Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung nach Tarif EG-Plus

Inhalt

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes, Versicherungsfähigkeit
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
§ 3 Wartezeiten
§ 4 Umfang der Leistungspflicht
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung, Beiträge
§ 8a Beitragsberechnung
§ 8b Beitragsanpassung
§ 9 Obliegenheiten
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 11 Ansprüche gegen Dritte
§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14 Kündigung durch den Versicherer
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 17 Gerichtsstand
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
§ 19 Anwendbares Recht

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes, Versicherungsfähigkeit

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheiten oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Versicherung nach Tarif EG-Plus sowie den gesetzlichen Vorschriften.
4. Der Versicherungsschutz gemäß § 4 Absatz 1 a) - c) dieser Bedingungen erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
5. Darüber hinaus gewährt der Versicherer bei vorübergehenden Auslandsreisen bis zu jeweils acht Wochen Dauer Versicherungsschutz gemäß § 4 Absatz 1 d) dieser Bedingungen.

   Als Ausland gelten alle Staatsgebiete mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland und desjenigen, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

   Kein Versicherungsschutz gemäß § 4 Absatz 1 d) besteht für Versicherungsfälle, die innerhalb einer Entfernung von 50 km (Luftlinie) vom Wohnsitz der versicherten Person eintreten.

   Ebenfalls kein Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden.

   Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf der achten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 90 Tage.
6. Versicherungsfähig sind Mitglieder der Industriegewerkschaft Metall (IG Metall), die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungen beanspruchen können sowie deren unterhaltsberechtigte Familienangehörige.

   Im Falle des Todes des Gewerkschaftsmitgliedes bleibt die Versicherungsfähigkeit der Familienangehörigen insoweit erhalten.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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 Tarifhöherstufungen und Vertragserweiterungen gelten die Bestimmungen des ersten Abschnittes dieses Paragraphen entsprechend für die Mehrleistung.

2. Voraussetzung für die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern gemäß § 178 d Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils von drei Monaten.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
   a) bei Unfällen;
   b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird;
   c) bei Leistungen auf vorübergehenden Auslandsreisen gemäß § 4 Absatz 1 d).
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz acht Monate. Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.
4. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen:

a) Sehhilfen

(1) Versicherte mit Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen gegenüber der GKV (Personenkreis nach § 33 Absatz 1 SGB V)

Der Versicherer erstattet die im Rahmen einer vertragsärztlichen Versorgung nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen zu 100 % bis 76,69 EUR im Versicherungsjahr.

(2) Versicherte ohne Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen gegenüber der GKV

Der Versicherer erstattet die nach Abzug von 25 EUR je Sehhilfe verbleibenden Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen zu 100 % bis 76,69 EUR im Versicherungsjahr.

b) Zahnersatz

Der Versicherer erstattet 33 % der im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Versorgung von der GKV oder einer entsprechenden privaten Zahnersatzversicherung (§ 58 SGB V) getragenen Aufwendungen für Zahnersatz und Zahnkronen (Honorar und zahntechnische Labor- und Materialkosten).

Die Gesamterstattung ist im ersten Versicherungsjahr auf insgesamt 383,47 EUR und im zweiten Versicherungsjahr auf insgesamt 766,94 EUR begrenzt.

Diese Begrenzung entfällt ab dem 3. Versicherungsjahr. Die Begrenzung entfällt auch während der ersten beiden Versicherungsjahre, wenn die Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

c) stationäre Behandlung:

Der Versicherer erstattet bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall sowie bei stationärer Entbindung die nach §§ 39 Absatz 4, 40 Absatz 5 Sozialgesetzbuch V gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung zu 100 %.

d) Auslandsreise

Bei vorübergehenden Auslandsreisen bis zu jeweils acht Wochen Dauer besteht folgender Versicherungsschutz:

Ambulante und stationäre Behandlung:

Der Versicherer erstattet zu 100 % die Aufwendungen für

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie)
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Behandlung
- medizinisch notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus
- schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen.

Krankenrücktransport

Zusätzlich werden die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransportes aus dem Ausland übernommen, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Bestattungskosten

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung zu deren letztem Wohnsitz erstattet bis zu 10.225,84 EUR.

Service-Leistungen

Der versicherten Person steht ein 24-Stunden-Notruf-Service zur Verfügung, der folgende Leistungen anbietet:

- medizinische Beratung vor und während Auslandsreisen
- Benennung von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland

– Organisation des Krankenrücktransportes
– Organisation der Verlegung in andere Krankenhäuser im Ausland.

2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

   Als Arzneimittel gelten auch homöopathische Medikamente.

   Nährmittel, Stärkungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel.

   Außer Sehhilfen (§ 4 Absatz 1 a)) sind keine Hilfsmittel erstattungsfähig; ebenfalls nicht erstattungsfähig sind medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Massagegeräte, Heizkissen).
4. 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. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
   a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
   b) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
   c) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden bedingungsgemäß erstattet;
   d) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

§ 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.

   Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

   Rechnungen müssen enthalten: den Namen der behandelten Person, die Behandlungszeit, die einzelnen Leistungen und die Krankheitsbezeichnungen. Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

   Für die Erstattung der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung bei stationärer Behandlung gemäß § 4 Absatz 1 c) ist neben der Quittung über diese Zuzahlung auch eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer des Krankenhausaufenthalts mit genauer Krankheitsbezeichnung und Namen der behandelten Person einzureichen.
2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Absatz 1 bis 3 VVG.
3. Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.

   Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.
4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Deutsche Mark umgerechnet.

   Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.
6. 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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung, Beiträge

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in

gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag

während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
3. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
4. Im Übrigen ergeben sich die Folgen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie aus §§ 38 Absatz 1, 39 VVG.
5. Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beiträge monatlich per Lastschrift abrufen zu lassen; abweichend hiervon kann der Versicherer den Versicherungsnehmer verpflichten, die Beiträge direkt an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
7. Für ab Geburt mitversicherte Neugeborene werden die Beiträge ab dem Tage der Geburt erhoben.
8. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

   Sobald eine Person das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 20 (Altersgruppe 20 - 24) zu zahlen.

§ 8 a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, so 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.
3. Aus den Überschüssen des Versicherers wird ein satzungsgemäß festgelegter Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, deren Beträge nur für die Versicherten verwendet werden. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders festgelegt. Dabei kann der Versicherer außer der Auszahlung bzw. Gutschrift der Beitragsrückerstattung auch die Verwendung als Einmalbeitrag zu Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragerhöhungen oder zur Leistungserhöhung wählen.

§ 8 b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder neuer gesetzlicher Rahmenbedingungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

   Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieses Tarifes vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

   Bei einer Veränderung von mehr als 5 % können alle Beiträge des Tarifes vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

   Der Versicherer ist berechtigt, bei einer Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die sich auf die vertragliche Leistungszusage auswirkt, die Beiträge ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung entsprechend anzupassen.

   Der Versicherer ist ferner berechtigt, entsprechend der Beitragsanpassung auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu ändern.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
4. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine

   Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

   Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt. Die Anrechnung der Deckungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

§ 9 Obliegenheiten

1. Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit der in § 6 Absatz 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird die in § 9 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Absatz 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 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

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Der Versicherungsvertrag wird für drei Versicherungsjahre fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird.

Wechsel des Tarifes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

   Beim Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers bleibt das Versicherungsverhältnis bestehen, soweit der Wegzug nicht aus dem Geltungsbereich des Grundgesetzes erfolgt und keine besonderen Vereinbarungen getroffen werden.
4. Beim Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 17 Gerichtsstand

1. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden,

   wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
2. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig, wenn der Versicherungsnehmer keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland hat, wenn er nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif EG-Plus

1. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden,

   a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

   b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,

   c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

   d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

   Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

2. Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

3. Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

4. Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 19 Anwendbares Recht

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Stand: **07.1994**