

Vertragsgrundlage 355

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenzusatzversicherung Tarif KOMFORT

Seite 1 von 4

Nach diesem Tarif aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind.

Sie sind verpflichtet, uns über den Fortfall der GKV-Versicherung unverzüglich zu informieren und dies nachzuweisen.

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- Wir bieten im Versicherungsfall Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.
- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Hierzu zählen auch Untersuchungen und Behandlungen wegen einer Schwangerschaft sowie die Entbindung.
Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungen nicht mehr erforderlich sind.
- Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im

- außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- Verlegen Sie oder eine andere mitversicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über Europäischen Wirtschaftsraum, so wird das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fortgesetzt, dass wir bis zur Höhe derjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen wären.
 - 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. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist das Zu-Stande-Kommen des Vertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

- Neugeborene versichern wir ohne Wartezeiten und Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherers)

Keine

§ 4 Informationen zum Leistungsumfang

- Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistungen ergeben sich aus § 4a.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung haben Sie die freie Wahl unter allen Krankenhäusern in Deutschland, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen. Wünschen Sie eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus, besteht ein Anspruch auf Erstattung nur, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei einer notfallmäßigen Einweisung ist eine schriftliche Zusage nicht erforderlich.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, haben Sie nur dann einen Leistungsanspruch, wenn wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.
- Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Behandelnde andere Methoden an oder verwenden andere Arzneimittel, dann leisten wir auch dafür, wenn sich diese Methoden oder Arzneimittel nach statistischen Methoden als erfolgversprechend erwiesen haben. Bei unheilbaren Krankheiten zahlen wir auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognosti-

- zierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht.
- Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, können Sie in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Wir erteilen Ihnen die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Wir gehen dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch uns vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
 - Wir geben auf Verlangen von Ihnen oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt haben. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung von uns eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.

§ 4a Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistung	<p>1. Stationäre Heilbehandlung:</p> <p>1.1 Versicherungsleistungen</p> <p>Folgende Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung, mit Ausnahme der in Ziffer 1.2 genannten Behandlungen, werden zu 100% übernommen:</p> <p>a) Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistungen);</p> <p>b) Kosten für die Inanspruchnahme des Privatarztes, soweit sie innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen leisten wir auch über den Höchstsatz hinaus, wenn wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben;</p> <p>c) Mehrkosten, die Ihnen oder einer mitversicherten Person von der GKV auferlegt werden, weil ein</p>	<p>anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt wurde.</p> <p>d) Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.</p> <p>Die Kosten für die unter a) bis d) genannten Leistungen sind nur erstattungsfähig, wenn die GKV die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen tatsächlich übernimmt.</p> <p>1.2 Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen einschließlich der vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen und Kieferorthopädie werden, auch im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, nach diesem Tarif nicht erstattet.</p>
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	<p>1. Wir leisten nicht für</p> <p>a) Krankheiten, Krankheitsfolgen und Unfallfolgen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;</p> <p>b) Entziehungsmaßnahmen.</p> <p>c) vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfallfolgen;</p> <p>d) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;</p> <p>e) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet;</p> <p>f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.</p> <p>g) Behandlung durch Ärzte oder Krankenhäuser, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung über den Leis-</p>	<p>tungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.</p> <p>2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder entstehen hierfür Kosten, die diejenigen einer medizinisch gleichwertigen bzw. auf das gleiche Behandlungsziel gerichteten Alternative, erheblich übersteigen, setzen wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herab. Ebenso verfahren wir, wenn die für eine Maßnahme berechneten Kosten wesentlich über dem allgemein üblichen Entgelt liegen.</p> <p>3. Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, sowie Ansprüche auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unseren Leistungen vor. Wir sind daher nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Vorleistung verbleiben.</p>
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	<p>1. Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.</p> <p>2. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.</p>	<p>3. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.</p> <p>4. Haben Sie oder die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Erstattung aller Verpflichteten zusammen die Aufwendungen nicht übersteigen.</p>
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.	

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung	<p>1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).</p> <p>2. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.</p> <p>3. Wird der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 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.</p> <p>Darüber hinaus sind wir leistungsfrei, wenn der Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt ist, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.</p>	<p>4. 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 wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht 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.</p> <p>5. Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen.</p> <p>Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, stehen uns die Beiträge bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag nicht gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p>
---------------------	--	---

<p>§ 8a Beitragsberechnung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. 2. Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter); dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht. 3. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten 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 unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des 	<p>Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen. 5. Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern. 6. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen. 7. Nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und unseren technischen Berechnungsgrundlagen werden zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend unseren technischen Berechnungsgrundlagen.
<p>§ 8b Beitragsanpassung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern - also auch Ihnen - gegenüber verpflichten, können sich durch steigende Behandlungskosten, eine häufigere Inanspruchnahme oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5% können, bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt der Vergleich der Barwerte der 	<p>erforderlichen und kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen. 3. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.
<p>§ 9 Mitwirkungspflichten</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ohne Text 2. Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und 	<p>der Höhe nach erforderlich ist.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
<p>§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten</p>	<p>Wenn Sie oder eine andere versicherte Person die in § 9 Abs. 2 und 3 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arg-</p>	<p>listiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.</p>
<p>§ 11 Aufrechnung</p>	<p>Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.</p>	

Gewinnbeteiligung

<p>§ 12 Beitragsrückerstattung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht überwacht. 2. Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung oder Gut- 	<p>schrift, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG).
---	--	---

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten, frühestens zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres schriftlich kündigen. 2. Erhöht sich der Beitrag infolge einer besonderen Vereinbarung im Versicherungsvertrag (vgl. § 8 a Abs. 4), so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens kündigen. 3. Wenn wir die Beiträge auf Grund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen vermindern, können Sie die Versicherung für die hier von betroffenen Versicherten innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum 	<p>Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch schriftliche Erklärung kündigen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort. 5. Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt.	
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers. 2. Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine 	<p>andere Vereinbarung treffen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen Personen in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden, sofern Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug beantragen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Der Versicherungsvertrag nach diesem Tarif endet mit Ablauf des Monats in dem der Versicherungsnehmer die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nachweist.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis	Ihre Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.	
§ 17 Verjährung Gerichtsstand	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist. 2. Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. 3. Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an 	<p>dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Verlegen Sie 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, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.
§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 Änderung 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 folgt. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine 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 mitgeteilt worden sind Vertragsbestandteil.

Stand: 08.2013