

Wesentliche Merkmale des Tarifs *plusZ*

Zahnärztliche Leistungen

- Zahnersatz: Verdoppelung des befundbezogenen Festzuschusses der GKV
- Inlay: Verdoppelung der Kassenleistung für eine Zahnfüllung (Grundversorgung)
- Voraussetzung für den Erstattungsanspruch ist die Vorleistung der GKV
- Rechnungshöchstbeträge in den ersten 4 Kalenderjahren

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung nach Tarif *plusZ*

Fassung Oktober 2009

§ 1 Wann können Sie sich in Tarif *plusZ* versichern und wie kommt der Vertrag zustande?

1. Sie können Tarif *plusZ* abschließen, wenn Sie in der Bundesrepublik Deutschland einen Wohnsitz haben und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Sie können Ihre Versicherung in Tarif *plusZ* fortführen, solange Sie in der GKV versichert sind. Diese Voraussetzungen müssen auch für andere Personen erfüllt sein, die Sie in Tarif *plusZ* versichern.

2. Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme Ihres Versicherungsantrags zustande (= Vertragsschluss). Ihren Versicherungsantrag nehmen wir an, indem wir Ihnen einen Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung zusenden. Voraussetzung für die Annahme des Versicherungsantrags ist, dass Sie dem Lastschriftinzugsverfahren zugestimmt haben.

Der Antragsteller ist automatisch der Versicherungsnehmer. Als versicherte Person wird jede Person bezeichnet, die in Tarif *plusZ* Versicherungsschutz hat.

§ 2 Welche Leistungen umfasst der Tarif *plusZ*?

1. Wird bei einer versicherten Person eine medizinisch notwendige Maßnahme für Zahnersatz bzw. für einen implantatgetragenen Zahnersatz durchgeführt, erhalten Sie als Versicherungsnehmer von uns den gleichen Betrag, den die GKV für diese Maßnahme im Rahmen der befundbezogenen Festzuschüsse nach § 55 SGB V erstattet.

Als Zahnersatz gelten Kronen, Teilkronen, Brücken, Brückenglieder und Prothesen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

2. Bekommt eine versicherte Person im Rahmen einer medizinisch notwendigen Zahnbehandlung eine Inlay-Versorgung anstelle einer von der GKV dafür vorgesehenen Zahnfüllung, erhalten Sie als Versicherungsnehmer für die versicherte Person von uns den gleichen Betrag, den die GKV im Rahmen dieser Zahnbehandlung für eine Zahnfüllung erstattet.

Als Inlays gelten laborgefertigte Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik sowie Cerec-Inlays. Schmelz-Dentin-

Adhäsive Kunststoff- bzw. Kompositfüllungen sind keine Inlays und fallen entsprechend nicht unter die Leistungen des Tarifs.

3. Die Erstattung aus Tarif *plusZ* begrenzt sich ausschließlich auf befundbezogene Festzuschüsse nach § 55 SGB V und auf Kosten für Zahnfüllungen, die von der GKV im Rahmen der Grundversorgung übernommen werden. Dies gilt auch dann, wenn die GKV einen höheren Betrag erstattet, beispielsweise weil ein Wahltarif der GKV nach § 53 SGB V für Zahnleistungen besteht.

4. Versicherungsschutz besteht nur für Maßnahmen, die nach Versicherungsbeginn erstmals angeraten, beabsichtigt und begonnen wurden. Für bei Versicherungsbeginn bereits fehlende und noch nicht ersetzte Zähne besteht kein Versicherungsschutz.

5. Voraussetzung für einen Leistungsanspruch nach § 2 Abs. 1 und 2 ist die Vorleistung der GKV.

6. Nach Versicherungsbeginn in Tarif *plusZ* besteht für eine versicherte Person in den ersten 4 Kalenderjahren Anspruch bis zu folgenden Leistungshöchstbeträgen:

■ im 1. Kalenderjahr bis zu	250 €
■ im 1. und 2. Kalenderjahr zusammen bis zu	500 €
■ im 1. bis 3. Kalenderjahr zusammen bis zu	750 €
■ im 1. bis 4. Kalenderjahr zusammen bis zu	1.000 €
■ ab dem 5. Kalenderjahr	unbegrenzt.

Maßgeblich für die Zuordnung zum Kalenderjahr ist der Zeitpunkt der Behandlung.

Die Leistungshöchstbeträge gelten nicht, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall verursacht wird, der sich nach Vertragsschluss ereignet hat. Um einen Unfall handelt es sich, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

7. Zusammen mit der Vorleistung der GKV und Erstattungen Dritter begrenzt sich die tarifliche Leistung auf maximal 100%

des erstattungsfähigen Gesamtrechnungsbetrages der jeweiligen Maßnahme.

§ 3 Wann sind Leistungen nicht zu erstatten?

Kein Versicherungsschutz aus Tarif *plusZ* besteht

- für auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle,
- für auf Vorsatz beruhende Unfälle, einschließlich deren Folgen.

§ 4 Haben Sie auch einen Leistungsanspruch bei Auslandsrechnungen?

1. Wenn die Voraussetzungen nach § 2 und § 3 erfüllt sind, erstatten wir auch für im Ausland ausgestellte Rechnungen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie uns eine deutsche Kontoverbindung nennen, auf die wir die Leistungen ausbezahlen können. Bitte beachten Sie auch § 6 Abs. 3.

2. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten rechnen wir zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand. Sie können uns aber auch durch einen Bankbeleg nachweisen, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

§ 5 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Annahme des Versicherungsantrags durch uns (Zugang des Versicherungsscheins oder ggf. der schriftlichen Annahmerklärung).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, besteht kein Leistungsanspruch. Ein Versicherungsfall beginnt mit der (zahn-)ärztlichen Behandlung und endet, wenn die (zahn-)ärztliche Behandlung für den vorliegenden Befund abgeschlossen ist.

2. In Tarif *plusZ* bestehen keine Wartezeiten.

3. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Bitte beachten Sie dazu auch § 14.

§ 6 Was müssen Sie beim Einreichen der Rechnungsbelege beachten?

1. Die Leistung der GKV ist vorab in Anspruch zu nehmen und uns nachzuweisen.

2. Steht Ihnen als Versicherungsnehmer oder versicherter Person im Versicherungsfall ein Erstattungsanspruch gegenüber Dritten zu (also beispielsweise ein Anspruch aus einer weiteren Zahnzusatzversicherung oder nach einem Unfall aus einer Unfallversicherung), müssen diese Leistungen ebenfalls vorab in Anspruch genommen und uns ein Nachweis über die Höhe der erhaltenen Leistungen vorgelegt werden.

3. Schicken Sie uns zur Rechnungserstattung stets folgende Belege zu:

- eine Kopie des von Ihrer GKV genehmigten Heil- und Kostenplans,
- die Zahnarztrechnung (Zahnarztrechnung und Rechnung des zahntechnischen Labors) mit dem Erstattungsvermerk Ihrer GKV im Original,
- wenn Sie Anspruch auf Erstattung aus einem Wahltarif mit Zahnleistungen nach § 53 SGB V der GKV haben, einen Nachweis über die Höhe der Erstattung aus diesem Wahltarif,
- wenn Sie einen Anspruch auf Erstattungen Dritter haben: einen Nachweis über die Höhe dieser Erstattung,
- und, wenn Sie fehlende Zähne ersetzen lassen, den Nachweis über den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Zahnverlustes.

Aus Ihrer Zahnarztrechnung muss außerdem Folgendes hervorgehen:

- der Name und Zuname der behandelten Person,
- die Behandlungsdaten,
- die behandelten Zähne,
- und die an diesen behandelten Zähnen erbrachten einzelnen Leistungen.

4. Als Versicherungsnehmer erhalten Sie die Leistung, sobald wir alle notwendigen Erhebungen durchgeführt haben, um den Versicherungsfall festzustellen und den Umfang unserer Leistungen bestimmen zu können. Insbesondere sind wir nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn die von uns in Abs. 3 geforderten Belege und Nachweise erbracht sind; diese und alle sonstigen geforderten Nachweise und Belege gehen in unser Eigentum über. Sind die Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, können Sie als Versicherungsnehmer eine Abschlagszahlung in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zu zahlen haben. Der Lauf der Frist ist allerdings gehemmt, solange die Erhebungen aufgrund Ihres Verschuldens nicht beendet werden können. Das Verschulden einer versicherten Person steht dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

5. Wir zahlen die Leistungen auch direkt an eine versicherte Person aus, wenn Sie uns als Versicherungsnehmer diese versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Ist dies nicht geschehen, zahlen wir die Versicherungsleistungen nur an Sie aus.

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder verpfändet noch abgetreten werden.

§ 7 Was kostet der Versicherungsschutz?

Sie bezahlen als Versicherungsnehmer den Beitrag, der dem jeweiligen Eintrittsalter und dem Geschlecht der zu versichernden Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. In den Jahren, in denen die versicherte Person das 17., 21., 46., und 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Januar des jeweiligen Jahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

§ 8 Wie und wann ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

1. Der Beitrag wird vom Versicherungsnehmer bezahlt.
2. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu bezahlen. Sie können den Beitrag aber auch in gleichen monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Beitragsraten bezahlen, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind zu Beginn der gewählten Zahlungsperiode fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzahlen.
3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.
4. Ist mit uns die Beitragszahlung per Lastschriftinzugsverfahren vereinbart, gilt als rechtzeitige Zahlung, wenn von Ihnen bei Vertragsschluss eine Einzugsermächtigung erteilt und die Lastschrift vom Geldinstitut bei Vorlage eingelöst wird.
5. Werden der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate oder die folgenden Beiträge bzw. Beitragsraten nicht rechtzeitig bezahlt, kann dies gemäß § 37 und § 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
6. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz noch bestanden hat.

§ 9 Wie wird der Versicherungsbeitrag berechnet?

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, berücksichtigen wir das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 10 Können sich die Versicherungsbeiträge und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 10% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versi-

cherungsleistungen können alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Bei einer Beitragsanpassung sind wir mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch berechtigt, betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge so anzupassen, dass der Wert des Versicherungsschutzes erhalten bleibt.

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

2. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen von uns 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.
3. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchststrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie 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.

4. Änderungen teilen wir Ihnen als Versicherungsnehmer jeweils schriftlich mit. Änderungen nach Abs. 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Änderungsmitteilung mit den dafür maßgeblichen Gründen folgt. Änderungen nach Abs. 3 werden 2 Wochen nach Mitteilung der neuen Regelung und den hierfür maßgeblichen Gründen Vertragsbestandteil.

§ 11 Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalls unbedingt beachten?

Ohne Ihre Mitwirkung können wir nicht überprüfen, ob für uns die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Daher haben Sie folgende Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten):

1. Während eines Versicherungsfalles hat die versicherte Person alles für die Genesung zu tun und alle Handlungen zu unterlassen, die dieser hinderlich sind.
2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe auch § 6 Abs. 4) hat auf unsere Nachfrage hin jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht oder des Leistungsumfanges erforderlich ist. Wir können auch verlangen, dass eine versicherte Person die behandelnden Ärzte bzw. Zahnärzte, sowie andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen, Krankenhäuser, Krankenanstalten sowie Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und sich durch einen von uns beauftragten Arzt bzw. Zahnarzt untersuchen zu lassen.

3. Schließt eine versicherte Person neben Tarif *plusZ* noch einen weiteren Tarif mit Leistungen für Zahnleistungen ab, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, uns unverzüglich darüber zu informieren. Dies gilt auch für den Abschluss eines Wahltarifs mit Zahnleistungen nach § 53 SGB V bei der GKV.

4. Werden diese Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) nicht erfüllt, sind wir unter den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Bitte beachten Sie: Die Kenntnis und das Verschulden einer versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Können Sie gegen Forderungen von uns aufrechnen?

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

§ 13 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten haben?

Bestehen Schadensersatzansprüche gegen Dritte (beispielsweise bei einem fremdverschuldeten Unfall), müssen diese Ansprüche oder Rechte, die zur Sicherung dieser Ansprüche dienen, gewahrt werden. Außerdem ist bei der Durchsetzung der Ansprüche durch uns soweit erforderlich, mitzuwirken. Die Ansprüche sind unbeschadet eines gesetzlichen Forderungsübergangs bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.

Werden diese Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzt, sind wir insoweit zur Leistung nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Schadensersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung dieser Mitwirkungspflichten sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 14 Wie kann das Versicherungsverhältnis gekündigt oder beendet werden?

1. Als Versicherungsnehmer können Sie das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Nach Versicherungsbeginn in Tarif *plusZ* ist dies erstmals zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres möglich.

2. Im Rahmen dieses Versicherungsvertrages haben Sie als Versicherungsnehmer außerdem folgende Sonderkündigungsrechte:

- a) Erhöht sich der Beitrag einer versicherten Person Ihres Vertrags aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 10 Abs. 1), können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung schriftlich kündigen. Auf der Änderungsmitteilung werden wir Sie darauf hinweisen.
- b) Erhöht sich der Beitrag einer versicherten Person Ihres Vertrags, weil eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge hat, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt (siehe § 7), können Sie das Versicherungsver-

hältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen.

- c) Mindern sich die Leistungen aufgrund einer Änderung gemäß § 10 Abs. 2., können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Auf der entsprechenden Änderungsmitteilung werden wir Sie darauf hinweisen.
3. Bitte beachten Sie generell bei Kündigungen:
 - a) Eine Kündigung kann nur der Versicherungsnehmer aussprechen.
 - b) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.
 - c) Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
 - d) Sprechen Sie eine Kündigung für den gesamten Versicherungsvertrag oder für einzelne versicherte Personen aus, müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von Ihrer Kündigungserklärung Kenntnis haben. Ansonsten ist die Kündigung unwirksam.
 - e) Die versicherten Personen sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis weiterzuführen, wenn sie einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis der versicherten Person von der Kündigung bei uns abzugeben. Dies gilt auch bei einer Scheidung oder einem Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft für die betroffene versicherte Person bzw. bei getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern.
 4. Als Versicherer verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, mit Ausnahme der außerordentlichen Kündigungsmöglichkeiten (beispielsweise bei Nichtzahlung der Beiträge).
 5. Aus folgenden Gründen endet das Versicherungsverhältnis für den Versicherungsnehmer beziehungsweise eine versicherte Person:
 - a) mit dem Tod.
 - b) mit dem Ende der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

Endet das Versicherungsverhältnis, weil der Versicherungsnehmer einen der genannten Beendigungsgründe erfüllt, gilt für die versicherten Personen § 14 Abs. 3e) entsprechend.

§ 15 Was müssen Sie bei Mitteilungen an uns beachten?

Richten Sie Willenserklärungen und Anzeigen, die den Vertrag betreffen, an uns in schriftlicher Form mit Ihrer Unterschrift.

§ 16 Können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

Bitte wenden Sie sich bei Meinungsverschiedenheiten immer zuerst an Ihre/n Ansprechpartner/in bei der HALLESCHE. Wir finden gerne eine Lösung zusammen mit Ihnen.

1. Möchten Sie als Versicherungsnehmer trotzdem den Rechtsweg beschreiten, können Sie sich an das Gericht des Ortes wenden, das für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig ist. Alternativ können Sie sich auch an das zuständige Gericht am Sitz des Versicherers (Stuttgart) wenden.

2. Möchten wir Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis gegen einen Versicherungsnehmer einfordern, geschieht dies an dem zuständigen Gericht des Ortes, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat bzw., falls er keinen Wohnsitz hat, an dem zuständigen Gericht des gewöhnlichen Aufenthaltsortes.

3. Verlegt ein Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragesgesetzes oder ist der Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers (Stuttgart) zuständig.

4. Das Versicherungsverhältnis unterliegt ausschließlich deutschem Recht.

§ 17 Wann können Sie einen Tarifwechsel verlangen?

Sie haben als versicherte Person die Möglichkeit, in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln – unter Anrechnung der aus diesem Vertrag erworbenen Rechte – sofern für diesen Tarif die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Dabei führen wir eine Gesundheitsprüfung durch und verlangen für höhere und umfassendere Leistungen als im bisherigen Tarif ggf. Risikozuschläge oder vereinbaren einen Leistungsausschluss.