

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen (AVB/VVG)

Ausgabe 1.1.2018

Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Gegenstand der Versicherung
Art. 2	Versicherungsmöglichkeiten
Art. 3	Versicherte Personen
Art. 4	Vertragsgrundlagen
Art. 5	Informationen vor Vertragsabschluss
Art. 6	Örtlicher Geltungsbereich
Art. 7	Wer kann sich versichern lassen?
Art. 8	Anerkannte Leistungserbringer
Art. 9	Schweigepflicht
Art. 10	Beginn, Dauer und Ende der Versicherung
Art. 11	Kündigung durch den Versicherungsnehmer
Art. 12	Kündigungsverzicht
Art. 13	Änderung des bestehenden Versicherungsvertrages
Art. 14	Anpassung der AVB und EVB
Art. 15	Prämienzahlung
Art. 16	Änderung von Prämientarif, Franchise und Selbstbehalt
Art. 17	Anspruch auf Rückerstattung der Prämien
Art. 18	Folgen der verletzten Anzeigepflicht
Art. 19	Mitwirkungs- und Meldepflicht
Art. 20	Zahlungspflicht
Art. 21	Honorarvereinbarungen
Art. 22	Definition von Krankheit, Mutterschaft und Unfall
Art. 23	Leistungsausschlüsse
Art. 24	Vorbehalte
Art. 25	Zusammenfallen von Krankheiten, Gebrechen und Unfällen
Art. 26	Überentschädigung und Leistungen Dritter
Art. 27	Verrechnung und Rückforderung
Art. 28	Verbot von Abtretung und Verpfändung
Art. 29	Verjährung
Art. 30	Gerichtsstand und Meldestelle

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen (AVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Einleitung

Diese allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für alle nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geführten Versicherungen. Einzelheiten über die verschiedenen Leistungen der Zusatzversicherung sowie Abweichungen von diesen AVB finden sich in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EVB) der betreffenden Versicherungen. Für vermittelte Versicherungen gelten separate AVB. Unter der Bezeichnung Versicherer oder EGK wird jeweils die EGK-Gesundheitskasse verstanden. Risikoträger für die Zusatzversicherungen der EGK ist die EGK Privatversicherungen AG. Die Begriffe wie Anspruchsberechtigter, Versicherungsnehmer, Antragsteller etc. sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Art. 1 Gegenstand der Versicherung

Versichert sind durch die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall während der Vertragsdauer.

Art. 2 Versicherungsmöglichkeiten

1. Der Vertrag kann folgende Versicherungen umfassen:
 - a) EGK-Kombi 3 (K 3)
EGK-Kombi 2 (K 2)
EGK-Kombi 1 (K 1)
EGK-Kombi Flex (K 4)
 - b) EGK-Kombi Komplementär (K 5)
Nur zusammen mit einer Zusatzversicherung EGK-Kombi.
 - c) EGK-Dent – Zahnbehandlungsversicherung
 - d) UTI – Unfallversicherung für Tod und Invalidität (vermittelte Versicherung, Risikoträger: SOLIDA Versicherungen AG)
 - e) KTI – Kapitalversicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit und Unfall (vermittelte Versicherung, Risikoträger: Generali Personenversicherungen AG)
2. In der Police (Versicherungsausweis) ist aufgeführt, welche Versicherungen abgeschlossen sind.

Art. 3 Versicherte Personen

1. Versichert sind die in der Police (Versicherungsausweis) namentlich aufgeführten Personen.
2. Diese AVB gelten auch für die nach Massgabe des Versicherungsvertragsgesetzes abgeschlossenen Kollektivversicherungsverträge. Wer aus der Kollektivversicherung der EGK ausscheidet, hat das Recht, innert 30 Tagen nach Orientierung betreffend Übertrittsrecht in die Einzelversicherung überzutreten. Das Übertrittsrecht gilt auch, wenn die Kollektivversicherung dahinfällt. Die Übertretenden werden im gleichen Umfang versichert, wie sie vorher in der Kollektivversicherung versichert waren. Die Versicherten werden durch die EGK oder den Kollektivversicherungsnehmer auf das Übertrittsrecht zum Zeitpunkt des Austritts aus der Kollektivversicherung aufmerksam gemacht.

Art. 4 Vertragsgrundlagen

Der Versicherungsvertrag unterliegt, soweit nicht die Versicherungsbedingungen eine abweichende Regelung enthalten, den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

Art. 5 Informationen vor Vertragsabschluss

Die EGK orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages verständlich über die Identität der EGK und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages, insbesondere über:

- a. die versicherten Risiken
- b. den Umfang des Versicherungsschutzes
- c. die geschuldeten Prämien und weitere Pflichten des Versicherungsnehmers
- d. Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages
- e. die Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck und Art der Datensammlung sowie Empfänger und Aufbewahrung der Daten.

Diese Angaben werden dem Antragsteller zusammen mit dem Antragsformular in schriftlicher Form übergeben. Bei Kollektivverträgen, welche anderen Personen als dem Versicherungsnehmer einen direkten Leistungsanspruch verleihen, achtet die EGK darauf, dass der Versicherungsnehmer diese Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrages sowie dessen Änderungen und Auflösung unterrichtet. Hierfür erstellt die EGK ein Informationsblatt. Verletzt die EGK ihre Informationspflicht gemäss dieser Bestimmung, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Versicherungsvertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der EGK wirksam. Dieses Kündigungsschreiben erlischt vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den obgenannten Informationen Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens zwei Jahre nach Vertragsabschluss.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen (AVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Art. 6 Örtlicher Geltungsbereich

Wird in einer Versicherung nicht ausdrücklich eine weitergehende Deckung zugesagt, so ist diese auf die Schweiz begrenzt.

Art. 7 Wer kann sich versichern lassen?

1. Personen, die gemäss Kollektivvertrag zwischen der EGK und der Schweizerischen Ärzte-Krankenkasse zugelassen sind, können einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen.
2. Das Höchstalter für den Abschluss einer Versicherung und allfällige weitere Voraussetzungen gehen aus den jeweiligen EVB hervor.

Art. 8 Anerkannte Leistungserbringer

1. Als anerkannte Leistungserbringer gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die durch die Krankenversicherungsgesetzgebung (KVG) als solche anerkannt sind.
2. Weitere von der EGK anerkannte Leistungserbringer sind in den EVB der einzelnen Versicherungen aufgeführt.
3. Bei den in den Versicherungsbedingungen erwähnten separaten Listen von anerkannten Leistungserbringern oder Leistungsarten (z. B. Spitäler, Therapeuten, Therapien, Medikamente, Kurse o. ä.) ist eine einseitige Anpassung durch die EGK möglich. Massgebend sind die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Listen. Bei einer Anpassung dieser Listen besteht kein ausserordentliches Kündigungsrecht. Die aktuellen Listen werden auf der Homepage der EGK veröffentlicht oder können bei der EGK bezogen werden.

Art. 9 Schweigepflicht

Auf Verlangen der EGK entbindet der Antragsteller oder die versicherte Person alle Leistungserbringer gemäss Art. 8, die sie behandeln oder behandelt haben, von der Schweigepflicht.

Art. 10 Beginn, Dauer und Ende der Versicherung

1. Die Versicherung beginnt mit dem im Vertrag oder mit dem in einer schriftlichen Antragbestätigung des Versicherers angegebenen Datum.
2. Der Versicherungsschutz richtet sich im übrigen nach den EVB der einzelnen Versicherungen.
3. Die Mindestversicherungsdauer beträgt ein Jahr. Die Versicherungsperiode dauert jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember. Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit der Versicherungsperiode erhoben. Der Vertrag verlängert sich am Ablaufdatum und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr.

4. Die Versicherung erlischt:

- 4.1 mit dem Tod der versicherten Person
- 4.2 mit der Kündigung des Versicherungsnehmers unter Einhaltung der Vertragsdauer und der Kündigungsfrist gemäss Art. 11.

Art. 11 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Vertrag kann für jede einzelne versicherte Person nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres durch den Versicherungsnehmer ganz oder nur für einzelne Versicherungen gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist der EGK zugekommen ist.
2. Nach jedem Schadenfall, für den die EGK eine Leistung erbringen muss, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit der Auszahlung der Entschädigung oder seit entsprechender Kenntnisnahme den Vertrag kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt 14 Tage nachdem der EGK die Kündigung mitgeteilt wurde. Der EGK bleibt der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewahrt, falls der Versicherungsnehmer den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.
3. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, wenn der EGK die Bewilligung zum Geschäftsbetrieb entzogen wird. Fällt die EGK in Konkurs, so endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Konkurseröffnung.
4. Die Vertragskündigung ist der EGK in schriftlicher Form zuzustellen.

Art. 12 Kündigungsverzicht

Die EGK verzichtet ausdrücklich auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen und im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten. Vorbehalten bleibt das Recht auf Auflösung durch die EGK bei einer Anzeigepflichtverletzung beim Antrag (Art. 18 dieser AVB), einem Versicherungsbetrug oder einem Versuch dazu.

Art. 13 Änderung des bestehenden Versicherungsvertrages

1. Der Abschluss oder der Wechsel in eine höhere Versicherungsstufe unterliegt den Bedingungen für den Neuausschluss eines Versicherungsvertrages.
2. Der Wechsel in eine tiefere Versicherungsstufe ist unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalendersemesters möglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen (AVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Art. 14 Anpassung der AVB und EVB

1. Die EGK ist berechtigt, diese AVB sowie die EVB der einzelnen Versicherungen teilweise oder in ihrer Gesamtheit anzupassen, wenn es kostenintensive medizinische Entwicklungen oder Änderungen beim Kreis der medizinischen Leistungserbringer oder den Therapieformen oder eine Änderung der Leistung des KVG nötig machen.
2. Werden im Laufe der Versicherungsdauer die Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Ergänzenden Versicherungsbedingungen der Versicherungen angepasst, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Vertrag zu den neuen Bedingungen fortgesetzt werde. Er muss jedoch, wenn für die Versicherung zu den neuen Bedingungen eine höhere Gegenleistung erforderlich ist, das entsprechende Entgelt gewähren. Die EGK teilt dem Versicherungsnehmer diese Anpassungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können die bisherigen Versicherungen für die Dauer der Laufzeit nach den bisherigen Bedingungen weiterführen.

Art. 15 Prämienzahlung

1. Die Prämien sind im voraus geschuldet. Sie werden an dem auf der Prämienrechnung aufgeführten Datum fällig.
2. Trifft die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit nicht bei der EGK ein, fordert die EGK, unter Hinweis auf die Säumnisfolgen, mittels Mahnung auf, innert 14 Tagen nach deren Absendung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an und die EGK kann ab Ablauf der Mahnfrist vom Vertrag zurücktreten.
3. Für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, kann ein Leistungsanspruch selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie nicht geltend gemacht werden.

Art. 16 Änderung von Prämientarif, Franchise und Selbstbehalt

1. Die EGK kann Prämientarif, Franchise oder Selbstbehalt aufgrund der Kostenentwicklung und des Schadenverlaufs auf den Beginn eines jeden Kalenderjahres neu festlegen.
2. Eine Änderung der Prämien, auch infolge eines Altersgruppenwechsels, Franchisen oder Selbstbehaltregelungen teilt die EGK dem Versicherungsnehmer schriftlich mit. Ist der Versicherungsnehmer mit der Neuregelung nicht einverstanden, kann er den betroffenen Versicherungszweig oder den ganzen Vertrag auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält die EGK innert 30 Tagen keine Kündigung, betrachtet sie dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherungen.

3. Grundsätzlich legt die EGK die Prämien aufgrund des zivilrechtlichen Wohnsitzes, des Geschlechtes und des Lebensalters der versicherten Person fest. Eine Prämienanpassung an das Lebensalter oder an einen anderen Wohnsitz erfolgt jeweils auf den 1. Januar des dem Geburtstag oder Umzuges folgenden Jahres.

Art. 17 Anspruch auf Rückerstattung der Prämien

Bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Vertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet. Ausgenommen hiervon bleibt die Kündigung des Vertrages im Schadenfall durch den Versicherungsnehmer während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres. In diesem Fall bleibt der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewahrt.

Art. 18 Folgen der verletzten Anzeigepflicht

1. Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
2. Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat.
3. Wird der Vertrag durch Kündigung nach Ziffer 1 aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

Art. 19 Mitwirkungs- und Meldepflicht

1. Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind der EGK sämtliche ärztlichen Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen von Spitälern, Ärzten, medizinischem Personal etc. einzureichen. Es werden nur Originalrechnungen anerkannt.
2. Der Versicherungsnehmer muss sich weiteren von der EGK angeordneten Abklärungsmassnahmen unterziehen, insbesondere zumutbaren medizinischen Untersuchungen, die der Diagnose und der Bestimmung der Leistungen dienen. Unzumutbar sind medizinische Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherungsnehmers darstellen. Die EGK kann auf ihre Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherungsnehmers.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen (AVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

3. Der Eintritt in die Akutabteilung einer Heilanstalt oder in eine psychiatrische Klinik ist der EGK unverzüglich, spätestens aber nach fünf Tagen, anzuzeigen. Bei voraussehbaren und geplanten Heilanstaltsaufenthalten ist der EGK vorgängig Meldung zu erstatten und Kostengutsprache zu verlangen. Zusätzliche Vergütungsvoraussetzungen richten sich nach den jeweiligen Bestimmungen der einzelnen Versicherungen.
4. Der Versicherte verpflichtet sich, alles Zumutbare zur Schadensminderung vorzukehren und insbesondere ärztliche Weisungen zu befolgen.
5. Werden die Melde- oder Mitwirkungspflichten schuldhaft verletzt und werden dadurch Ausmass oder Feststellung der Krankheits- und Unfallfolgen beeinflusst, kann die EGK ihre Leistungen entsprechend kürzen oder verweigern, es sei denn, der Versicherte oder die anspruchsberechtigte Person beweisen, dass das vertragswidrige Verhalten auf die Folgen und die Feststellungen der Krankheit oder des Unfalls keinen Einfluss ausgeübt hat.

Art. 20 Zahlungspflicht

Die versicherte Person ist gegenüber den Leistungserbringern grundsätzlich Honorarschuldner. Sie akzeptiert jedoch anderslautende Verträge zwischen der EGK und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an die Leistungserbringer beinhalten.

Art. 21 Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungssteller und Versicherungsnehmer sind für die EGK nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des von der EGK für den betreffenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

Art. 22 Definition von Krankheit, Mutterschaft und Unfall

1. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
2. Schwangerschaft und Niederkunft sowie Schwangerschaftskomplikationen sind den Krankheiten gleichgestellt, sofern die Mutter bei der Niederkunft während mindestens 270 Tagen bei der EGK für Krankheit versichert gewesen und die Versicherungsdeckung für Mutterschaftsleistungen nicht durch Vorbehalt ausgeschlossen ist.
3. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
4. Folgende, abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:
 - 4.1 Knochenbrüche
 - 4.2 Verrenkungen von Gelenken
 - 4.3 Meniskusrisse
 - 4.4 Muskelrisse
 - 4.5 Muskelzerrungen
 - 4.6 Sehnenrisse
 - 4.7 Bandläsionen
 - 4.8 Trommelfellverletzungen
5. Keine Körperschädigung im Sinne von Absatz 4 stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen. Bezüglich der Unfalldefinition wendet die EGK die UVG-Praxis unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsprechung an.

Art. 23 Leistungsausschlüsse

1. Keine Versicherungsdeckung besteht für:
 - 1.1 Krankheiten und Unfälle die beim Vertragsabschluss unter Vorbehalt gestellt wurden
 - 1.2 Krankheiten, Unfälle und deren Folgen nach Erlöschen der Versicherung, auch wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht wurden
 - 1.3 Kosmetische Behandlungen oder Operationen
 - 1.4 Behandlung von Fertilitätsstörungen
 - 1.5 Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes
 - 1.6 Zahnbehandlungen, sofern nicht in einzelnen Versicherungen eine Deckung ausdrücklich vorgesehen ist
 - 1.7 Krankheiten und Unfälle infolge Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien, wenn der Versicherte ihn absichtlich oder grobfahrlässig vorgenommen und dadurch eine wesentliche Ursache für die Krankheit oder den Unfall gesetzt hat
 - 1.8 Selbstverstümmelung, Selbsttötung sowie der Versuch dazu

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen (AVB/VVG) Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

2. Bei Krankheit oder Unfall im Zusammenhang mit folgenden Ereignissen werden sämtliche Versicherungsleistungen verweigert:
 - 2.1 ausländischem Militärdienst
 - 2.2 Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen
 - 2.3 Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
 - 2.4 Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
 - 2.5 Teilnahme an Unruhen
 - 2.6 Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie
 - 2.7 Naturkatastrophen wie Erdbeben, Staudammbrüche und Meteoriteneinschläge
3. Bei Eingehen von Wagnissen können die Versicherungsleistungen verhältnismässig gekürzt und in besonders schweren Fällen verweigert werden. Unter Wagnis werden Handlungen verstanden, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind. Bezüglich der Definition von Wagnissen wendet die EGK die UVG-Praxis unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsprechung an.
4. Gemäss den EVB der einzelnen Versicherungen können weitere Leistungen ausgeschlossen werden.

Art. 24 Vorbehalte

1. Die EGK kann für Krankheiten oder Unfallfolgen, die bei Versicherungsbeginn bestehen oder früher bestanden haben und erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können, einen Vorbehalt anbringen.
2. Die EGK bestimmt die Vorbehaltsdauer und definiert den Vorbehalt.
3. Dem Versicherten steht es frei, vor Ablauf der Vorbehaltsfrist auf seine Kosten den Nachweis zu erbringen, dass ein bestehender Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist, weil er keine Gefahrentatsache mehr darstellt, und dessen Aufhebung zu beantragen.

Art. 25 Zusammenfallen von Krankheiten, Gebrechen und Unfällen

Haben unabhängig vom versicherten Ereignis entstandene Krankheiten, Gebrechen sowie Unfälle die Folgen des versicherten Ereignisses vergrössert, werden die Leistungen der EGK nach sachverständigem Ermessen in einem dem Anteil der fremden Faktoren entsprechenden Masse gekürzt.

Art. 26 Überentschädigung und Leistungen Dritter

1. Dem Versicherten darf aus den Leistungen der EGK oder deren Zusammentreffen mit Leistungen Dritter kein Gewinn erwachsen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die dem Anspruchsberechtigten aufgrund des Versicherungsfalles zustehen. Die Leistungen werden jeweils in Ergänzung zu denjenigen der Sozialversicherer erbracht. Im Verhältnis zu den Privatversicherern gelten die gesetzlichen Koordinationsregelungen. Bei Doppelversicherung im Sinne von Art. 53 VVG haftet die EGK in dem Verhältnis, in dem ihre Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht.
2. Die Entschädigungen aller Versicherer zusammen dürfen die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen.
3. Kürzt oder verweigert ein anderer Versicherer seine Leistungen, so wird der durch die Kürzung des anderen Versicherers bedingte Ausfall nicht ersetzt.
4. Keine Leistungspflicht besteht, wenn der Versicherte ohne Zustimmung des Versicherers mit einem leistungspflichtigen Dritten einen teilweisen oder gänzlichen Verzicht auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen oder eine Kapitalabfindung vereinbart hat.

Art. 27 Verrechnung und Rückforderung

1. Die EGK kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen.
2. Die versicherten Personen und der Versicherungsnehmer haben gegenüber der EGK kein Verrechnungsrecht.
3. Von der EGK irrtümlich erbrachte Leistungen sind vom Versicherten auf schriftliche Aufforderung zurückzuerstatten. Der EGK steht überdies ein Verrechnungsrecht zu.

Art. 28 Verbot von Abtretung und Verpfändung

Forderungen gegenüber der EGK dürfen vom Versicherten und vom Versicherungsnehmer weder abgetreten noch verpfändet werden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen
für die Zusatzversicherungen (AVB/VVG)
Kollektivvertrag Schweizerische Ärzte-Krankenkasse

Art. 29 Verjährung

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrage verjähren in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet (Art. 46, VVG).

Art. 30 Gerichtsstand und Meldestelle

1. Für Klagen gegen die EGK aus dem vorliegenden Versicherungsvertrag sind wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort der versicherten Person oder am Hauptsitz der EGK in Laufen zuständig.
2. Mitteilungen der Versicherten oder des Versicherungsnehmers sind jeweils an die zuständige Agentur der EGK oder an den Hauptsitz der EGK zu richten.

