

Ost-Akademie e.V.
Verlag Deutsche Studien
Herderstr. 1-11
2120 Lüneburg
West-Germany

Alle Versicherungsscheine

1. Auto
2. Feuer, Einbruch usw.
3. Krankenversicherung sowie Zusatzprämien für Till und Frank
4. Lebensversicherung
5. Krankentagegeldversicherung
6. Lebensversicherung: Heinrich Clemens
7. " " : Tillmann
8. " " : Frank
9. Berufsunfähigkeit

Postvertriebsstück C 2427 F

Gebühr bezahlt

Dr. Heinrich Zillich

Hirschanger 1

8130 Starnberg

ikgs

	Prämien	Ausf. i. Ruzh.	Prämien	Blas	jäh. Ausgaben	Prämien oder Prämien folgen Anf. i. Ruzh.	= Anf. i. Ruzh. muss Ausf. i. Ruzh.
1941	390	<u>493</u>	883	315	<u>568</u>	-25	
1942	890	<u>1292</u>	1682	1200	<u>682</u>	+610	
1943	890	<u>1057</u>	1441	877	<u>564</u>	+174	
1944	390	<u>789</u>	1179	557	<u>512</u>	+45	
1945	390	<u>587</u>	977	311	<u>666</u>	-73	
1946	480	<u>397</u>	877	140	<u>737</u>	-340	
1947	480	<u>872</u>	1352	563	<u>789</u>	+83	
1948 ^{bis} 20.6	240	<u>756</u>	1099	533	<u>466</u>	+290	
1949	482	<u>460</u>	942	199	<u>743</u>	-283	
1950	540	<u>618</u>	1158	370	<u>708</u>	-170	
		1158					
1951	692	<u>701</u>	1394	414	980	-279	
1952	662	1.174	1.836	1.052	784	+390	
1953	649	<u>533</u>	1182	471	<u>711</u>	- 118 62465	
1954	836	<u>439</u>	1295	391	904	-287	
1955	903	904	1807	696	1111	-465	
1956	903	1100	2003	901	1102	- 399 2	
1957	913	1100	2836	1818	1018	+905	
1958	988	1100	1375	306	969	-582	
1959	977	<u>864</u>	1841	907	934	-70	



DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-AKT.-GES.

LANDESDIREKTION BAYERN UND WÜRTTEMBERG
Tel. 90751 MÜNCHEN, WEINSTRASSE 8, II

Bitte genau beachten!

Sehr wichtig!

1. Zahlungen nur auf unser Postscheckkonto München 6632 leisten! Zahlkarten rechtzeitig anfordern!
2. Vertreter sind nicht zum Kassieren berechtigt!
3. Die Prämien sind am ersten jeden Monats fällig und auch während eines Entschädigungsanspruches zu bezahlen!
4. Bei Zahlungen und Zuschriften immer Policennummer, genauen Namen und Adresse angeben!
5. Adressenänderungen bitte sofort melden!
6. Bei Arztrechnungen Diagnose und Behandlungs-Daten einsetzen lassen. Mit Arzneirechnungen immer gleichzeitig die Arztrechnung einsenden!

Gesellschaft

en im Vertrauen
ben, unter Aus-
find, bedingungs-
en Tarif und den
ähren.
denn nicht vorher
ines, jedoch nicht

Herrn Dr. Heinrich Zillich 23. 5. 1898 Geburtstag

Schriftsteller

in Dachau-Günding/Obby.

Haus am Sandberg

Versicherte Personen: (bei Einzelversicherung siehe oben)

Versich.-Schein-Nr.	Verwandtschafts- verhältnis	Vorname	geboren am	Tarif	Mon.-Präm. RM Bf.
4.096.540	Ehemann	Heinrich	23.5.98	N 1	8.--
4.096.541	Ehefrau	Maria	16.6.08	N1	7.--
4.096.542	Sohn	Jobst Klaus	7.7.28	N1	4.--
4.096.543	Tochter	Susanne	12.9.29	N1	3.--
4.096.544	Sohn	Clemens-Heinrich	25.8.31	N1	3.--
ergibt eine Gesamt-Familien-Monats-Prämie von RM					25.--

Besondere Bedingungen:

keine.

Berlin-Schöneberg, den 7.11.36
Innsbruder Straße 26/27

Deutsche Kranken-Versicherungs-
Aktien-Gesellschaft

Isberg v. Brüggemann

Prämien- und Kostenberechnung:

Prämie für 11.36
Gebühr für den Versicherungsschein
Aufnahmegebühr.

malige Verw.-Kosten

Gesamtbetrag RM

Bei der Antragsstellung wurden gezahlt:

so daß als Rest zu zahlen sind:

RM	Bf.
20.70	1.20
3.--	3.--
1.50	
22.90	
28.--	
1.70	

Quittung.

Nebenstehender Restbetrag ist heute gegen
Aushändigung des Versicherungsscheines
an mich gezahlt worden

den

Unterschrift

po/3462





Versicherungsschein

Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft

Durch diesen Versicherungsschein verpflichten wir uns, nachstehend genannten Personen im Vertrauen auf die Richtigkeit und Vollständigkeit der im Versicherungsantrag gemachten Angaben, unter Ausschluss aller Nebenabreden, die nicht durch diesen Versicherungsschein selbst beurkundet sind, bedingungs-gemäßen Ersatz der Kosten für Krankheiten und Unfälle gemäß dem nachstehend genannten Tarif und den umseitigen Allgemeinen und etwaigen Besonderen Versicherungs-Bedingungen zu gewähren. Die Versicherung ist auf die Dauer eines Jahres (mit Verlängerung um je ein Jahr, wenn nicht vorher ordnungsgemäß gekündigt wurde) abgeschlossen. Die Leistungspflicht der Gesellschaft beginnt mit der Einlösung des Versicherungsscheines, jedoch nicht vor dem unten angegebenen Zeitpunkt.

Vers.-Sch.-Nr. 4.096.540-44 Geschäftsstelle Bayern
Beginn 1.11.36 Tarif N 1 Prämie RM 25.--
Herrn Dr. Heinrich Zillich 23. 5.1898 Geburtstag
Schriftsteller
in Dachau-Günding/Obby.
Haus am Sandberg
Versicherte Personen: (bei Einzelversicherung siehe oben)

Versich.-Schein-Nr.	Verwandtschafts- verhältnis	Vorname	geboren am	Tarif	Mon.-Präm. RM Pf.
4.096.540	Ehemann	Heinrich	23.5.98	N 1	8.--
4.096.541	Ehefrau	Maria	16.6.08	N1	7.--
4.096.542	Sohn	Jobst Klaus	7.7.28	N1	4.--
4.096.543	Tochter	Susanne	12.9.29	N1	3.--
4.096.544	Sohn	Clemens-Heinrich	25.8.31	N1	3.--

ergibt eine Gesamt-Familien-Monats-Prämie von RM 25.--

Besondere Bedingungen:

k e i n e .

Berlin-Schöneberg, den 7.11.36
Innsbruder Straße 26/27

Deutsche Kranken-Versicherungs-
Aktien-Gesellschaft

Isberg v. Brüggemann

Prämien- und Kostenberechnung:

Prämie für 1.11.36

Gebühr für den Versicherungsschein

Aufnahmegebühr

malige Verp.-Kosten

Gesamtbetrag RM

Bei der Antragstellung wurden gezahlt:

so daß als Rest zu zahlen sind:

po/5462

RM	Pf.
25.--	
1.20	
3.--	
1.70	
28.--	
1.70	

Quittung.

Nebenstehender Restbetrag ist heute gegen
Aushändigung des Versicherungsscheines
an mich gezahlt worden

den

Unterschrift



Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft

zu Berlin

Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Straße 26/27

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Krankenversicherung nach dem Tarif N 1.

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und Tarife während der Dauer des Versicherungsverhältnisses, unbeschadet der Bestimmungen des § 6, Ziff. 5, den Ersatz des Vermögensschadens, der durch notwendige Krankenpflege entsteht, sowie Geburtshilfe und Sterbegeld.

Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach ärztlichem Urteil anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

§ 2. Versicherungsfähigkeit.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet der Gesellschaft wohnenden gefundenen Personen, die das 70. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Personen, die zur Zeit des Abschlusses des Versicherungsvertrages das 60. Lebensjahr bereits vollendet hatten, haben keinen Anspruch auf Sterbegeld. Außerdem kann die Versicherung nach Vollendung des 60. Lebensjahres nur mit folgender einschränkender Klausel abgeschlossen werden: Es gilt als besondere Bedingung vereinbart, daß solche Vermögensschäden von der Erstattung ausgeschlossen sind, die dem Versicherten durch Behandlung von Altersschwächen entstehen. Personen, die zur Zeit des Abschlusses des Versicherungsvertrages das 65. Lebensjahr bereits vollendet haben, haben nur Anspruch auf 80 % der tarifmäßigen Leistungen.

§ 3. Versicherungsantrag.

1. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierzu bestimmten Vordruck zu stellen. Eine Aufnahme- und Schreibgebühr wird in der im Tarif festgesetzten Höhe erhoben. Der Antragsteller ist 6 Wochen an seinen Antrag gebunden.

2. Über die Annahme des Antrages entscheidet der Vorstand. Die Annahmeerklärung erfolgt in der Regel durch Aushändigung oder Angebot des Versicherungsscheines. Für die Ablehnung brauchen Gründe nicht angegeben zu werden; sie ist aber dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Die Aufnahme- und Schreibgebühr ist von der Gesellschaft zurückzuerstatten, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

3. Die Annahme des Antrages kann von einer Untersuchung durch einen von der Gesellschaft bezeichneten Arzt oder von einem Alterszeugnisse abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.

4. Dem Antragsteller müssen die Versicherungsbedingungen mit dem zuständigen Tarif spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheines zugehen.

5. Der Antragsteller erteilt der Gesellschaft für sich und seine von ihm gesetzlich vertretenen Familienangehörigen die Befugnis, über bestehende oder frühere bis 5 Jahre zurückliegende Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sozialen Versicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt die betreffenden Ärzte, Versicherungsträger, Krankenanstalten, Behörden usw., der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen. Die gleichen Verpflichtungen haben die geschäftsfähigen mitversicherten Personen.

§ 4. Willenserklärungen.

1. Alle Willenserklärungen und Anzeigen, die bei oder nach Abschluß des Versicherungsvertrages der Gesellschaft gegenüber abgegeben werden, haben nur dann rechtliche Wirkung, wenn sie dem Vorstand schriftlich zugegangen sind.

2. Sofern ein Versicherungsnehmer der Gesellschaft eine Wohnungsänderung nicht mitgeteilt hat, genügt es für die Rechtswirksamkeit einer dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn diese an die letzte, der Gesellschaft bekannte Anschrift durch eingeschriebenen Brief abgesandt ist. Die Erklärung ist von dem Zeitpunkt an wirksam, an dem sie ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

3. Kündigung, Anfechtung und Rücktrittserklärung der Gesellschaft sollen durch eingeschriebenen Brief erfolgen.

§ 5. Versicherungsbeginn und Versicherungsende.

A. 1. Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämienrate einschließlich Nebengebühren gegen Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen. Die Verpflichtung der Gesellschaft beginnt erst mit der Einlösung des Versicherungsscheines, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

2. Der Inhalt des Versicherungsscheines gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach erfolgter Aushändigung Widerspruch gegen die Richtigkeit des Scheines erhebt. Wird der Versicherungsschein abweichend von dem Inhalte oder den Versicherungsbedingungen ausgestellt, so ist auf die Abänderung bei der Aushändigung des Scheines schriftlich besonders hinzuweisen. Das Recht des Versicherungsnehmers, die Genehmigung wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.

B. 1. Die Versicherung endet durch:

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
2. Kündigung durch die Gesellschaft,
3. Rücktritt,
4. Anfechtung,
5. fristlose Kündigung des Versicherungsvertrages,
6. Tod,
7. Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geschäftsgebietes der Gesellschaft.

2. Ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf geleistete Zahlungen mit Ausnahme von Prämien, die über die Dauer des Versicherungsverhältnisses hinaus gezahlt sind.

§ 6. Kündigung.

1. Nach Ablauf der im Versicherungsschein festgesetzten Dauer verlängert sich das Versicherungsverhältnis stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn es nicht einen Monat vor Ablauf (die Kündigung muß bereits am letzten Tag des vorliegenden Monats des Versicherungsjahres beim Vorstand der Gesellschaft eingegangen sein) von einem der vertragsschließenden Teile durch eingeschriebenen Brief gekündigt worden ist. Darauf, daß der Brief nicht eingeschrieben war, kann sich die Gesellschaft nicht berufen, wenn im übrigen die schriftlich erfolgte Kündigung rechtzeitig bei ihr eingegangen ist.

Wenn ein Versicherungsnehmer krankenversicherungspflichtig wird, so kann er unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Schluß des Kalendervierteljahres kündigen. Die Versicherungspflicht ist der Gesellschaft durch eine Bescheinigung der Pflichtentrastasse nachzuweisen.

Im Falle einer Änderung der Bedingungen gemäß § 28 kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Schluß des nächsten Kalendervierteljahres kündigen unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat.

2. Das Recht, die Versicherung zu kündigen, hat die Gesellschaft nur bis zum Schluß des 3. Versicherungsjahres. Nach Ablauf dieser Frist ist die Versicherung — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus den §§ 8 und 10 — seitens der Gesellschaft un kündbar.

3. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch den Versicherten auch bei laufenden Schadensfällen nur auf den Vermögensschaden (vergl. § 1), der bis zum Ablauf des Versicherungsverhältnisses entstanden ist.

4. Kündigt die Gesellschaft den Versicherungsvertrag nur für mitversicherte Personen, so kann der Versicherungsnehmer den gesamten Vertrag zum gleichen Termin kündigen, aber nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen seit Empfang der Kündigung durch die Gesellschaft.

5. Laufende Schadensfälle sind bei Beendigung der ärztlichen Behandlung als abgeschlossen anzusehen. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch die Gesellschaft auch für laufende Schadensfälle nur auf den Vermögensschaden (vergl. § 1), der bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses entstanden ist, nicht aber für eine längere Zeit, als die Leistungspflicht der Gesellschaft nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht, und nicht über die im § 7, Ziff. 2 vorgezeichneten Höchstentschädigungsbeträge hinaus.

§ 7. Dauer und Höchstentschädigungsbeträge.

1. Unter der Voraussetzung, daß die Wartezeiten des § 13 erfüllt sind und eine Leistungspflicht der Gesellschaft vorliegt, gelten bezüglich der Leistungen der Gesellschaft folgende Bestimmungen: Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig innerhalb der ersten 13 Wochen seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 13 Wochen. Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig innerhalb der 14. bis 26. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 20 Wochen. Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig innerhalb der 27. bis 39. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 26 Wochen. Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig nach Ablauf der 39. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 39 Wochen.

Der Beginn der Entschädigungsdauer wird gerechnet vom ersten Behandlungstage. Bei der Feststellung der Höchstentschädigungsdauer rechnen Kalenderwochen nicht mit, in denen keine Behandlung stattfand.

2. Diese Bestimmung gilt jedoch mit folgender Maßgabe:

Für die Behandlung ein und derselben Krankheit oder verschiedener von demselben Arzt gleichzeitig behandelter Krankheiten werden nicht mehr als die nachstehend aufgeführten Höchstentschädigungsbeträge erstattet:

a) Bei erstmaliger Behandlung

im 1. bis 5. Versicherungs-Jahr RM	950.—	Gruppe A
" 6. " 10. " "	1250.—	" B
" 11. " 20. " "	1550.—	" C
in der Folgezeit	1875.—	" D

b) Bei Geschlechtskrankheiten sowie deren Folgen werden 50 % der jeweils vorgezeichneten Höchstentschädigungsbeträge vergütet.

c) Werden die Höchstentschädigungsbeträge gemäß Ziff. 2 a) während der Höchstleistungsdauer gemäß Ziff. 1 nicht erreicht, so erwirbt der Versicherungsnehmer einen weiteren Erstattungsanspruch nach einer Frist von 12 Monaten, von dem Tag an gerechnet, an dem die letzte entschädigungspflichtige Behandlung stattfand.

Die Leistungsdauer wird in einem solchen Falle begrenzt auf 13 Wochen und erweitert sich jeweils nach Ablauf von weiteren 12 Monaten wiederum um jeweils 13 Wochen, bis die Höchstentschädigungsbeträge gemäß Ziff. 2 a) erreicht sind; alsdann gelten die behandelten Krankheiten sowie deren Folgen als ausgeheilt.

d) Werden in einem Versicherungsjahr nacheinander mehrere voneinander unabhängige Krankheiten behandelt, so gewährt die Gesellschaft als jährlichen Höchstbetrag (über die Bedeutung der Bezeichnung Gruppe A, B, C, D vergl. § 7 Ziff. 2 Bf. a)

bei Gruppe A	RM 1200.—
" " B	1500.—
" " C	1800.—
" " D	2100.—

3. Die Leistungspflicht der Gesellschaft bleibt bestehen für alle Krankheiten, die nicht gemäß den Bestimmungen unter 2 a) bis d) dieses Paragraphen ausgesetzt und die nicht Folgen der ausgesetzten Krankheiten sind (vergl. Fußnote *).

§ 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

1. Hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine mitversicherte Person bei dem Abschluß, der Abänderung oder der Wiederertragsfestlegung der Versicherung die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, so kann die Gesellschaft nach Maßgabe der §§ 16 bis 22 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 vom Vertrage zurücktreten, ihn anfechten oder ihn mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Rechte der Gesellschaft aus dem vorstehenden Absatze entfallen aber nach fünfjährigem Versicherungsverhältnis oder nach Ablauf von fünf Jahren seit Abänderung oder Wiederertragsfestlegung der Versicherung, es sei denn, daß wegen solcher Krankheiten die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt ist: Lues, Tuberkulose, Stoffwechsel- und rheumatische Erkrankungen, Steinleiden, Krampfadern sowie Narbenbrüche, bei Kindern außerdem Knochen- oder Wachstumsveränderungen.

Wenn der Versicherungsnehmer während der Dauer des Versicherungsverhältnisses durch willkürliche falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleiden versucht, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

Bei schuldhafter Verletzung der Anzeigepflicht ist die Gesellschaft berechtigt, gemäß § 41 des obengenannten Gesetzes zu verfahren.

Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf mitversicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, innerhalb von zwei Wochen seit Zugehen der Rücktrittserklärung mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

2. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich im Falle der Kündigung im Sinne dieses Paragraphen oder des Rücktritts auch für laufende Schadensfälle nur auf den Vermögensschaden, der bis zum Zugehen der Kündigung oder Rücktrittserklärung entstanden ist.

3. Das Recht der Gesellschaft zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 BGB. bleibt unberührt (vergl. Fußnote **).

§ 9. Prämienleistungen.

1. Die Prämie ist eine Jahresprämie. Sie ist im voraus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig, die Zahlung kann aber in monatlichen Raten erfolgen. Die erste Monatsrate ist bei Einlösung des Versicherungsscheines zu zahlen (vergl. § 5). Die übrigen monatlichen Raten gelten jeweils als gestundet und sind am Ersten eines jeden Monats im voraus zu zahlen, können aber von der Gesellschaft im

*) Zu § 7 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.G.“ Ziff. 1.

**) Zu § 8 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.G.“ Ziff. 2.

Deutsche Kranken- Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin

Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Straße 26/27



Dr. Koppitz

Allgemeine Versicherungs-Bedingungen

für Krankenversicherung nach dem Tarif N 1





Allgemeine Versicherungsbedingungen für Krankenversicherung nach dem Tarif N 1.

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und Tarife während der Dauer des Vertragsverhältnisses, unbeschadet der Bestimmungen des § 6, Ziff. 5, den Ersatz des Vermögensschadens, der durch notwendige Krankenpflege entsteht, sowie Geburtshilfe und Sterbegeld.

Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach ärztlichem Urteil anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

§ 2. Versicherungsfähigkeit.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet der Gesellschaft wohnenden gesunden Personen, die das 70. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Personen, die zur Zeit des Abschlusses des Versicherungsvertrages das 60. Lebensjahr bereits vollendet hatten, haben keinen Anspruch auf Sterbegeld. Außerdem kann die Versicherung nach Vollendung des 60. Lebensjahres nur mit folgender einschränkenden Klausel abgeschlossen werden: Es gilt als besondere Bedingung vereinbart, daß solche Vermögensschäden von der Erstattung ausgeschlossen sind, die dem Versicherten durch Behandlung von Altersschwächen entstehen. Personen, die zur Zeit des Abschlusses des Versicherungsvertrages das 65. Lebensjahr bereits vollendet haben, haben nur Anspruch auf 80 % der tarifmäßigen Leistungen.

§ 3. Versicherungsantrag.

1. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierzu bestimmten Vordruck zu stellen. Eine Aufnahme- und Schreibgebühr wird in der im Tarif festgesetzten Höhe erhoben. Der Antragsteller ist 6 Wochen an seinen Antrag gebunden.

2. Aber die Annahme des Antrages entscheidet der Vorstand. Die Annahmeerklärung erfolgt in der Regel durch Aushändigung oder Angebot des Versicherungsscheines. Für die Ablehnung brauchen Gründe nicht angegeben zu werden; sie ist aber dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Die Aufnahme- und Schreibgebühr ist von der Gesellschaft zurückzuerstatten, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

3. Die Annahme des Antrages kann von einer Untersuchung durch einen von der Gesellschaft bezeichneten Arzt oder von einem Alterszeugnisse abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.

4. Dem Antragsteller müssen die Versicherungsbedingungen mit dem zuständigen Tarif spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheines zugehen.

5. Der Antragsteller erteilt der Gesellschaft für sich und seine von ihm gesetzlich vertretenen Familienangehörigen die Befugnis, über bestehende oder frühere bis 6 Jahre zurückliegende Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenkassen, sozialen Versicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt die betreffenden Ärzte, Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden usw., der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen. Die gleichen Verpflichtungen haben die geschäftsfähigen mit-versicherten Personen.

§ 4. Willenserklärungen.

1. Alle Willenserklärungen und Anzeigen, die bei oder nach Abschluß des Versicherungsvertrages der Gesellschaft gegenüber abgegeben werden, haben nur dann rechtliche Wirkung, wenn sie dem Vorstand schriftlich zugegangen sind.

2. Sofern ein Versicherungsnehmer der Gesellschaft eine Wohnungsänderung nicht mitteilt, genügt es für die Rechtswirksamkeit einer dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn diese an die letzte, der Gesellschaft bekannte Anschrift durch eingeschriebenen Brief abgehandelt ist. Die Erklärung ist von dem Zeitpunkt an wirksam, an dem sie ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

3. Kündigung, Anfechtung und Rücktrittserklärung der Gesellschaft sollen durch eingeschriebenen Brief erfolgen.

§ 5. Versicherungsbeginn und Versicherungsende.

A. 1. Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämienrate einschließlich Nebengebühren gegen Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen. Die Verpflichtung der Gesellschaft beginnt erst mit der Einlösung des Versicherungsscheines, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

2. Der Inhalt des Versicherungsscheines gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach erfolgter Aushändigung Widerspruch gegen die Richtigkeit des Scheines erhebt. Wird der Versicherungsschein abweichend von dem Antrage oder den Versicherungsbedingungen ausgestellt, so ist auf die Abänderung bei der Aushändigung des Scheines schriftlich besonders hinzuweisen. Das Recht des Versicherungsnehmers, die Genehmigung wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.

B. 1. Die Versicherung endet durch:

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
2. Kündigung durch die Gesellschaft,
3. Rücktritt,
4. Anfechtung,
5. fristlose Kündigung des Versicherungsvertrages,
6. Tod,
7. Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geschäftsgebietes der Gesellschaft.

2. Ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf geleistete Zahlungen mit Ausnahme von Prämien, die über die Dauer des Versicherungsverhältnisses hinaus gezahlt sind.

§ 6. Kündigung.

1. Nach Ablauf der im Versicherungsschein festgesetzten Dauer verlängert sich das Versicherungsverhältnis stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn es nicht einen Monat vor Ablauf (die Kündigung muß bereits am letzten Tag des vorletzten Monats des Versicherungsjahres beim Vorstand der Gesellschaft eingegangen sein) von einem der vertragsschließenden Teile durch eingeschriebenen Brief getündigt worden ist. Darauf, daß der Brief nicht eingeschrieben war, kann sich die Gesellschaft nicht berufen, wenn im übrigen die schriftlich erfolgte Kündigung rechtzeitig bei ihr eingegangen ist.

Wenn ein Versicherungsnehmer krankenkassenversicherungspflichtig wird, so kann er unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Schluß des Kalendervierteljahres kündigen. Die Versicherungspflicht ist der Gesellschaft durch eine Bescheinigung der Pflichtkasseneinrichtung nachzuweisen.

Im Falle einer Änderung der Bedingungen gemäß § 28 kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Schluß des nächsten Kalendervierteljahres kündigen unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat.

2. Das Recht, die Versicherung zu kündigen, hat die Gesellschaft nur bis zum Schluß des 3. Versicherungsjahres. Nach Ablauf dieser Frist ist die Versicherung — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus den §§ 8 und 10 — seitens der Gesellschaft unkündbar.

3. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch den Versicherten auch bei laufenden Schadensfällen nur auf den Vermögensschaden (vergl. § 1), der bis zum Ablauf des Versicherungsverhältnisses entstanden ist.

4. Kündigt die Gesellschaft den Versicherungsvertrag nur für mitversicherte Personen, so kann der Versicherungsnehmer den gesamten Vertrag zum gleichen Termin kündigen, aber nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen seit Empfang der Kündigung durch die Gesellschaft.

5. Laufende Schadensfälle sind bei Beendigung der ärztlichen Behandlung als abgeschlossen anzusehen. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch die Gesellschaft auch für laufende Schadensfälle nur auf den Vermögensschaden (vergl. § 1), der bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses entstanden ist, nicht aber für eine längere Zeit, als die Leistungspflicht der Gesellschaft nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht, und nicht über die im § 7, Ziff. 2 vorgezeichneten Höchstentschädigungsbeträge hinaus.

§ 7. Dauer und Höchstentschädigungsbeträge.

1. Unter der Voraussetzung, daß die Wartezeiten des § 13 erfüllt sind und eine Leistungspflicht der Gesellschaft vorliegt, gelten bezüglich der Leistungen der Gesellschaft folgende Bestimmungen: Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig innerhalb der ersten 13 Wochen seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 13 Wochen. Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig innerhalb der 14. bis 26. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 20 Wochen. Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig innerhalb der 27. bis 39. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 26 Wochen. Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig nach Ablauf der 39. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 39 Wochen. Der Beginn der Entschädigungsdauer wird gerechnet vom ersten Behandlungstage. Bei der Feststellung der Höchstentschädigungsdauer rechnen Kalenderwochen nicht mit, in denen keine Behandlung stattfand.

2. Diese Bestimmung gilt jedoch mit folgender Maßgabe:

Für die Behandlung ein und derselben Krankheit oder verschiedener von demselben Arzt gleichzeitig behandelter Krankheiten werden nicht mehr als die nachstehend aufgeführten Höchstentschädigungsbeträge erstattet:

a) Bei erstmaliger Behandlung	im 1. bis 5. Versicherungs-Jahr RM	950.—	Gruppe A
" 6. " 10. "	" " " "	1 250.—	" B
" 11. " 20. "	" " " "	1 550.—	" C
in der Folgezeit	" " " "	1 875.—	" D

b) Bei Geschlechtskrankheiten sowie deren Folgen werden 50 % der jeweils vorgezeichneten Höchstentschädigungssätze vergütet.

c) Werden die Höchstentschädigungsbeträge gemäß Ziff. 2 a) während der Höchstleistungsdauer gemäß Ziff. 1 nicht erreicht, so erwirbt der Versicherungsnehmer einen weiteren Erstattungsanspruch nach einer Frist von 12 Monaten, von dem Tag an gerechnet, an dem die letzte entschädigungspflichtige Behandlung stattfand.

Die Leistungsdauer wird in einem solchen Falle begrenzt auf 13 Wochen und erweitert sich jeweils nach Ablauf von weiteren 12 Monaten wiederum um jeweils 13 Wochen, bis die Höchstentschädigungsbeträge gemäß Ziff. 2 a) erreicht sind; alsdann gelten die behandelten Krankheiten sowie deren Folgen als ausgeflutet.

d) Werden in einem Versicherungsjahr nacheinander mehrere voneinander unabhängige Krankheiten behandelt, so gewährt die Gesellschaft als jährlichen Höchstbetrag (über die Bedeutung der Bezeichnung Gruppe A, B, C, D vergl. § 7 Ziff. 2 Abs. 1)

bei Gruppe A	RM 1 200.—
" " B	" 1 500.—
" " C	" 1 800.—
" " D	" 2 100.—

3. Die Leistungspflicht der Gesellschaft bleibt bestehen für alle Krankheiten, die nicht gemäß den Bestimmungen unter 2 a) bis d) dieses Paragraphen ausgesteuert und die nicht Folgen der ausgesteuerten Krankheiten sind (vergl. Fußnote **).

§ 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

1. Hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine mitversicherte Person bei dem Abschluß, der Abänderung oder der Wiederintraffsetzung der Versicherung die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, so kann die Gesellschaft nach Maßgabe der §§ 16 bis 22 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 vom Vertrage zurücktreten, ihn anfechten oder ihn mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Rechte der Gesellschaft aus dem vorstehenden Absätze entfallen aber nach fünfjährigem Versicherungsverhältnis oder nach Ablauf von fünf Jahren seit Abänderung oder Wiederintraffsetzung der Versicherung, es sei denn, daß wegen folgender Krankheiten die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt ist: Lues, Tuberkulose, Stoffwechsel- und rheumatische Erkrankungen, Steinleiden, Krampfadern sowie Narbenbrüche, bei Kindern außerdem Knochen- oder Wachstumsveränderungen.

Wenn der Versicherungsnehmer während der Dauer des Versicherungsverhältnisses durch wesentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

Bei schuldhafter Verletzung der Anzeigepflicht ist die Gesellschaft berechtigt, gemäß § 41 des obengenannten Gesetzes zu verfahren.

Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf mitversicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, innerhalb zwei Wochen seit Zugehen der Rücktrittserklärung mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

2. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich im Falle der Kündigung im Sinne dieses Paragraphen oder des Rücktritts auch für laufende Schadensfälle nur auf den Vermögensschaden, der bis zum Zugehen der Kündigung oder Rücktrittserklärung entstanden ist.

3. Das Recht der Gesellschaft zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 BGB. bleibt unberührt (vergl. Fußnote **).

§ 9. Prämienleistungen.

1. Die Prämie ist eine Jahresprämie. Sie ist im Voraus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig, die Zahlung kann aber in monatlichen Raten erfolgen. Die erste Monatsrate ist bei Einlösung des Versicherungsscheines zu zahlen (vergl. § 5). Die übrigen monatlichen Raten gelten jeweils als gestundet und sind am ersten eines jeden Monats im Voraus zu zahlen, können aber von der Gesellschaft im

*) Zu § 7 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.G.“ Ziff. 1.

**) Zu § 8 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.G.“ Ziff. 2.

Schadenfall in Anrechnung gebracht werden. Bei Kündigung des Versicherungsvertrages (vergl. § 6) ist die Prämie nur bis zum Ablauf des Versicherungsvertrages zu zahlen.

2. Für die Höhe der Prämie ist der dem Vertrage zugrundeliegende Tarif maßgebend. Bei Festsetzung der Prämie wird ein Lebensjahr als voll gerechnet, wenn von ihm bei Beginn des Versicherungsjahres mehr als sechs Monate verlossen sind. Die Gesellschaft ist jederzeit berechtigt, vom Versicherungsnehmer einen amtlichen Altersnachweis zu verlangen. Im Falle unrichtiger Altersangabe ist — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus § 8 — die zu wenig gezahlte Prämie zusätzlich 5 % Verzugszinsen nachzuzahlen; etwa zuviel gezahlte Prämien werden auf die folgenden Prämienzahlungen angerechnet oder zurückgezahlt.

Die Gesellschaft kann mit Zustimmung des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung unter den in einer ihm abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung festgelegten Voraussetzungen die Prämie entsprechend dem gestiegenen Lebensalter bis auf die für das neue Lebensalter in der Tarifstabelle vorgesehene Höhe heraufsetzen, und zwar mit Wirkung für das dem Versicherungsjahr, in dem das höhere Lebensalter eingetreten ist, folgende Versicherungsjahr. Ein Verzicht der Gesellschaft, ihr Recht zu dem vorgenannten Zeitpunkt auszuüben, ist nicht als dauernder Verzicht anzusehen. Es steht der Gesellschaft vielmehr unter den Voraussetzungen der geschäftsplanmäßigen Erklärung frei, ihr Recht auch zu einem späteren Zeitpunkt mit Beginn eines Versicherungsjahres, jedoch niemals rückwirkend, auszuüben.

3. Die Prämien sind auch während des Bezuges von Schadenersatzleistungen zu entrichten; sie sind eine Bringschuld und an die zuständige Zahlstelle portofrei zu entrichten. Der Gesellschaft steht es frei, die Prämien gegen eine Abholungsgebühr bis zu 5 % jeder Monatsrate, höchstens aber RM 0,50 abholen zu lassen.

4. Stundung der Prämien kann nur vom Vorstand der Gesellschaft schriftlich genehmigt werden.

§ 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

1. Wird die Zahlung einer fälligen Prämie oder einer Prämienrate (vergl. § 9) nicht rechtzeitig bewirkt, so kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Frist von zwei Wochen vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Gesellschaft bezeichnete Stelle portofrei zu bezahlen. Neben den Porto- und Mahnkosten können einmalige Verzugsgebühren bis zu 5 % jeder rückständigen Monatsrate, höchstens aber RM 2,— für jede Monatsrate erhoben werden. Nach Ablauf der Frist von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der angemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die geschuldeten Raten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der geschuldeten Prämien, Gebühren oder Kosten im Verzuge, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei. Auch ist die Gesellschaft berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung im Verzuge ist (vergl. Fußnote *).

3. Die Gesellschaft kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis dergestalt kündigen, daß die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkte mit der Zahlung im Verzuge ist.

4. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

5. Solange nicht gekündigt ist, bleibt die Gesellschaft zur Annahme der unmittelbar an sie portofrei entrichteten Rückstände, soweit sie ohne Verzug des Versicherungsnehmers zu entrichten gewesen wären, mit der Wirkung verpflichtet, daß die Folgen des Verzuges beseitigt werden, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Dagegen ist die Gesellschaft nicht berechtigt, über das beim Ablauf der Mahnfrist laufende Versicherungsjahr hinaus Prämien zu fordern.

§ 11. Abtretung und Aufrechnung von Ansprüchen.

1. Sind von der Gesellschaft Versicherungsleistungen für einen Krankheitsfall oder Unfall geleistet, für den der Versicherungsnehmer Entschädigungsansprüche gegen Dritte erheben kann, so ist er verpflichtet, seine Ansprüche in Höhe der bezogenen Leistungen an die Gesellschaft, und zwar auf Verlangen schriftlich, abzutreten. Unter dieser Bestimmung fallen aber nicht die Ansprüche, die ein Versicherungsnehmer auf Grund öffentlich- oder privatrechtlicher Versicherungsverträge hat, wenn er nicht aus diesen Versicherungsverhältnissen den Ersatz der gleichen ihm entstandenen Kosten für den Schadenfall zu beanspruchen hat.

2. Soweit der Versicherungsnehmer von Schadenersatzpflichtigen Dritten Personen oder aus anderen Versicherungsverhältnissen Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist die Gesellschaft berechtigt, den Ersatz auf ihre Leistungen anzurechnen.

3. Liegt ein Unfall vor, so tritt eine Leistungspflicht der Gesellschaft nicht ein, soweit Versicherungsschutz bei einer Unfallversicherung besteht.

4. Die Verpflichtung der Gesellschaft zum Ersatz solcher Ansprüche, die ein Versicherungsnehmer auf Grund einer gegenseitigen Zwangsversicherung bei deren Träger (z. B. Berufsgenossenschaft) geltend machen kann, tritt erst ein, wenn die Zwangsversicherung die von ihr beanspruchten Leistungen entweder bereits gewährt oder rechtskräftig abgelehnt hat.

5. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung der Gesellschaft auf, so wird die Gesellschaft insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

6. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können vom Versicherungsnehmer weder verpfändet noch abgetreten werden. Gegen Forderungen der Gesellschaft kann der Versicherungsnehmer weder aufrechnen noch ein Zurückbehaltungsrecht geltend machen.

§ 12. Ausschlussfristen, Verjährung und Gerichtsstand.

1. Sind Ansprüche auf Versicherungsleistungen abgewiesen, so muß die Klage auf diese Ansprüche innerhalb einer Ausschlussfrist von 6 Monaten, vom Zugabe des Abweisungsbescheides an gerechnet, gestellt sein. In dem Abweisungsbescheid ist auf die mit Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hinzuweisen.

2. Die Ansprüche auf Sterbegeld verjähren in fünf Jahren, die Ansprüche auf die übrigen Leistungen in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verlangt werden.

3. Erfüllungsort für beide Teile sind die Geschäftsräume am Sitz der Gesellschaft. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen die Gesellschaft erhoben werden, auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

§ 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft (Wartezeiten).

1. Ansprüche gegen die Gesellschaft entstehen grundsätzlich erst nach Ablauf der Wartezeit. Die Wartezeit wird von dem im Versicherungsschein angegebenen Tag des Versicherungsbeginns an gerechnet.

2. Voraussetzung für die Leistungspflicht der Gesellschaft ist, daß die Krankheit, sofern es sich um eine der unter Ziffer 5 a—c dieses Paragraphen genannten handelt, erstmals nach Ablauf der Wartezeit durch einen Arzt oder Heilkundigen behandelt worden ist. Eine Behandlung vor Beginn der Versicherung und während der Wartezeit schließt für die unter Ziffer 5 a—c genannten Krankheiten und deren Folgen eine Entschädigungspflicht der Gesellschaft aus. Für alle dort nicht genannten Krankheiten beschränkt eine frühere und vor Beginn der Versicherung bereits abgeschlossene Behandlung die Leistungspflicht der Gesellschaft nicht.

3. Eine Wartezeit besteht nicht bei einem Unfall oder bei akuten Infektionskrankheiten, wie z. B. Grippe, Angina, Diphtherie, Scharlach, Masern, epidemischer Genickstarre und Kinderlähmung, Typhus, Cholera, Pocken, Mädel, Wechselstieber.

*) Zu § 10 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.G.“ Ziff. 3.

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

4. Soweit nicht im folgenden längere Wartezeiten ausdrücklich bestimmt oder besondere Vereinbarungen hierüber im Versicherungsschein getroffen sind, erwirbt der Versicherungsnehmer den Anspruch auf die Entschädigungsleistungen mit dem Ablauf der 13. Woche nach Beginn der Versicherung.

5. Für die nachfolgend unter a—c dieses Abschnittes bezeichneten Krankheitsgruppen erwirbt der Versicherungsnehmer den Anspruch auf Entschädigungsleistungen erst nach Ablauf der dort bezeichneten Wartezeiten.

a) Die Wartezeit beträgt 6 Monate bei sekundären Folgen von Geschlechtskrankheiten, sowie bei Magen- und Darmgeschwüren, einseitigem Lungenspitzenkatarrh sowie bei Bronchialdrüsentuberkulose.

b) Die Wartezeit beträgt 9 Monate bei konstitutionellen Krankheiten, wie z. B. kindlichen Diathesen und Rachitis, chronischen Ohren- und Nasenerkrankungen, Wucherungen, grauem Star und Augenerkrankungen, die als Folgeerkrankung eines anderen Leidens anzusehen sind, bei Lebererkrankungen, chronischen rheumatischen und neuralgischen Erkrankungen sowie bei chronischen Sehnen- und Muskelerkrankungen.

c) Die Wartezeit beträgt 12 Monate bei Geschwülsten, chronischen Unterleiderkrankungen, fortschreitenden Blutkrankheiten, Herz- und Gefäßerkrankungen, die chronisch oder die Folgeerkrankung eines anderen sich langsam entwickelnden Leidens sind, chronischen Luftröhren-erkrankungen, chronischen Lungenarterien- und Folgen, Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion, fortgeschrittener Lungentuberkulose oder Tuberkulose anderer Organe, Neurosen, Steinerkrankungen, Eingeweidebrüden (Sernien), Zuckerharnruhr und Folgen, Knochen- und Gelenkdeformitäten, chronischen Erkrankungen des Harnapparates, chronischen Lebererkrankungen, Erkrankungen, die als Lues III bezeichnet werden, fortgeschrittener Arteriosklerose, Rückenmarkserkrankungen, Paradenosen, chronischen Hauterkrankungen.

Die unter b) und c) aufgeführten chronischen Krankheiten gelten als chronisch, wenn sich die Behandlung durch einen Arzt oder Heilkundigen über einen Zeitraum von mehr als 10 Tagen erstreckt.

Ist eine unter b) oder c) aufgeführte, während der Wartezeit behandelte chronische Krankheit die Folge einer von der Gesellschaft bedingungsgemäß zu entschädigenden Krankheit nach Ziffer 3 oder 4, so besteht auch für die Folgekrankheit eine Leistungspflicht der Gesellschaft (vergl. Fußnote *).

6. Bei Übergang auf einen Tarif mit höheren Leistungen gelten von dem zu vereinbarenden Zeitpunkt der Tarifänderung ab für die höheren Leistungen die in Abs. 4 und 5 dieses Paragraphen erwähnten Wartezeiten.

§ 14. Voraussetzungen für die Erstattung von Rechnungen.

1. Die Erhaltungspflicht der Gesellschaft ruht, solange nicht folgende Bedingungen eingehalten sind:

a) Es müssen die Urschriften der Rechnungen eingereicht werden. Die Gesellschaft kann verlangen, daß die Rechnungen bezahlt und quittiert sind und den Zahlungstag enthalten.

b) Die Belege müssen den Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheit, die Angaben der einzelnen Leistungen des Arztes (Sprechstunden-Beratungen, Besuche, hierbei vorgenommenen Sonderverrichtungen) mit Bezeichnung der betreffenden Daten und Ziffern der Preugold (Preußische Gebührenordnung für Ärzte) enthalten. Auf den Rezepten müssen die Verordnungen und der Preis deutlich geschrieben sein.

c) Bei Zahnbehandlung ist die Angabe der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen erforderlich. Auf Verlangen der Gesellschaft ist ein Diagramm zu liefern, in dem die behandelten Zähne kenntlich gemacht sind.

2. Die Erhaltungspflicht der Gesellschaft entfällt, wenn nicht folgende Bedingungen eingehalten sind:

a) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Anfordern der Gesellschaft alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich sind. Die Gesellschaft ist insbesondere berechtigt, vom Versicherungsnehmer oder Versicherten eine nach bestem Wissen abgegebene Erklärung des Inhaltes zu verlangen, daß die Behandlung der Krankheit erstmalig nach Ablauf der Wartezeiten gemäß Ziff. 4 und 5 des § 13 erfolgte. Die Aufforderung zur Abgabe einer derartigen Erklärung soll schriftlich unter Einschreiben geschehen. Die Erklärung ist innerhalb von drei Wochen seit Zugang der Aufforderung abzugeben.

b) Die Belege sind spätestens drei Monate nach beendeter Behandlung einzureichen. Dauert die Behandlung länger als drei Monate, so ist spätestens vier Monate seit ihrem Beginn eine Zwischenrechnung vorzulegen. Ist der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden innerhalb der genannten Frist nicht im Besitz einer ärztlichen Rechnung, so hat er der Gesellschaft unter Angabe der Krankheit und der Art der Behandlung unverzüglich Anzeige zu erstatten.

c) Erkrankungen außerhalb des Wohnortes des Versicherungsnehmers müssen innerhalb fünf Tagen an die Gesellschaft gemeldet werden.

3. Die Rechtsfolgen der Ziff. 1 und 2 treten nicht ein, wenn die Verlegung der Vorschriften weder auf Vorfall noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

4. Der Überbringer von Belegen, die die Voraussetzungen der Ziff. 1 erfüllen, gilt als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt.

5. Die Belege gehen in das Eigentum der Gesellschaft über.

§ 15. Leistungsausschluß.

1. Versicherungsschutz ist ausgeschlossen bei Anomalien oder Körperlichen Fehlern, wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler vor Beginn des Versicherungsverhältnisses oder vor Beendigung der im § 13 genannten Wartezeiten bestanden hat oder der Versicherte von dem Bestehen der Anomalie oder des körperlichen Fehlers Kenntnis hatte, oder wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler mit Krankheiten in unmittelbarem ursächlichen Zusammenhang stehen, für die eine Leistungspflicht nach § 13 nicht besteht.

2. Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, die auf aktive Teilnahme an inneren Unruhen, an Kampfhandlungen im Kriege, an Wehrtämpfen oder auf Vorfall oder auf mißbräuchlichen Genuß von Rauschgiften (Morphium, Kokain, Alkohol und Nikotin) zurückzuführen sind, begründen keine Ansprüche auf Versicherungsleistungen.

3. Nicht zu den Leistungen der Gesellschaft gehören Kosten, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für Impfungen und deren Folgen, für Sterilisierungen und deren Folgen, für Veseiligung von Schönheitsfehlern, für ärztliche Gutachten und Atteste, für private und dienstliche Zwecke, für Reisekosten, sowie Kosten für Pflegepersonal, Kilometergelder, Transportkosten und Desinfektion.

4. Werden Bäder, Sommerfrischen, Sanatorien, Heilstätten oder Erholungsheime zu Heilzwecken oder zur Wiederherstellung der Gesundheit aufgesucht, so werden Versicherungsleistungen nur gewährt, wenn sie der Vorstand vorher genehmigt hat (vergl. Fußnote **).

§ 16. Allgemeines über ärztliche Behandlung.

1. Die Wahl des Arztes oder Sacharztes steht dem Versicherungsnehmer frei. Zur Erstattung von Rechnungen nicht in Deutschland approbierter Ärzte, Heilkundiger und Ärzte, die Fernbehandlung oder Behandlung im Umherziehen betreiben, oder bei Heilkundigen angestellt sind, ist die Gesellschaft nicht verpflichtet.

*) Zu § 13 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.G.“ Ziff. 4.

**) Zu § 15 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.G.“ Ziff. 3.

2. Nimmt ein Versicherungsnehmer einen auswärtigen Arzt in Anspruch, obwohl am Wohnort ein Arzt zur Behandlung zur Verfügung steht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

3. Ergibt sich aus eingereichten Rechnungen im Einzelfalle eine übermäßige Inanspruchnahme oder übermäßige Gewährung ärztlicher Hilfe, so ist der Vorstand berechtigt, die Erstattung auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen. Sofern besondere, von der ärztlichen Organisation eingeleitete Kommissionen bestehen, entscheidet der Vorstand über die Herabsetzung nach Anhörung der Kommission.

4. Die Erstattung von Rechnungen bestimmter Ärzte kann abgelehnt werden. Eine solche Maßnahme ist den Versicherungsnehmern durch besondere schriftliche Mitteilung bekanntzugeben. Von der Zustellung der Mitteilung an erlischt die Verpflichtung der Gesellschaft für die Erstattung der Kosten von Behandlungen, die von jenem Zeitpunkt an durch den betreffenden Arzt neu aufgenommen werden. Für laufende Schadensfälle gelten die Bestimmungen über die Erstattungspflicht bei Kündigungen durch die Gesellschaft (vergl. § 6).

5. Die Gesellschaft ist berechtigt, den Erkrankten durch einen von ihr beauftragten Arzt auf ihre Kosten untersuchen zu lassen. Weist der Versicherte der Aufforderung, sich dieser Untersuchung zu unterziehen, keine Folge, so können ihm die versicherten Leistungen für die Dauer der Weigerung entzogen werden. Eine Nachzahlung für diese Zeit findet auch nach Fortfall der Weigerung nicht statt. § 14 Ziff. 3 gilt entsprechend.

§ 17. Verlust des Versicherungsscheines.

Der Versicherungsnehmer kann bei Verlust des Versicherungsscheines jederzeit gegen Erstattung der Kosten von RM 2.— eine Ersatzurkunde verlangen.

§ 18. Ortslicher Geltungsbereich.

Die Versicherung ist nur gültig innerhalb der Grenzen Deutschlands. Für die Dauer eines Aufenthaltes des Versicherten außerhalb Deutschlands besteht keine Entschädigungspflicht der Gesellschaft, sofern nicht besondere Vereinbarungen hierüber getroffen sind.

§ 19. Umfang der Versicherung.

1. I. Die Gesellschaft vergütet ihren Versicherten nach Tarif N 1 in tarifmäßiger Höhe:

- a) ärztliche und fachärztliche Kosten laut § 20;
- b) Zahnbehandlungs- und Zahnersatz laut § 21;
- c) Kosten ärztlich verordneter Arzneien und kleiner Heilmittel, sowie Bäder, Bestrahlungen, Massagen usw. laut § 22;
- d) Krankenhaus- und Operationskosten laut §§ 23, 24;
- e) Geburtshilfe laut § 25;
- f) Sterbegeld laut § 26.

II. Als freiwillige Leistung kann die Gesellschaft aus ihren Überschüssen gewähren:

- a) Kostenzuschüsse für ärztlich verordnete Heilmittel laut § 22;
- b) eine Erholungsbeihilfe für versicherte Kinder nach einjähriger Versicherungsdauer.

2. Bei einer Leistungspflicht infolge eines Unfalles (vergl. § 13 Ziff. 3) wird die Entschädigungsbauer auf 13 Wochen, berechnet vom Tage des Unfalles an, begrenzt, sofern der Unfall innerhalb der ersten drei Monate seit Beginn der Versicherung eintritt. Bei Unfällen nach Ablauf der ersten drei Monate besteht die Leistungspflicht für die Dauer von 26 Wochen, gerechnet vom Tage des Unfalles an.

§ 20. Ärztliche und fachärztliche Behandlung.

1. Alle Behandlungsarten, soweit sie von approbierten Ärzten (vgl. § 16) ausgeführt werden, können nach freier Wahl zur Heilung benutzt werden.

Die Gesellschaft erstattet die vollen Arztkosten, höchstens jedoch für eine Beratung RM 4.50, für einen Hausbesuch RM 7.—, für einen Nacht-, Eil- oder Sonntagsbesuch RM 15.—.

Bei besonderen ärztlichen Verrichtungen (Sonderleistungen) vergütet die Gesellschaft 100 % des doppelten Mindestsatzes der Preugo (Preussische Gebührenordnung für Ärzte), soweit für die einzelne Sonderleistung der einfache Mindestsatz der Preugo den Betrag von RM 2.— übersteigt. Sonderleistungen, bei denen der einfache Mindestsatz der Preugo RM 2.— und geringer ist, werden nicht vergütet.

2. Injektionen, hypnотische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden sind nur erstattungspflichtig, wenn die schriftliche Zustimmung des Vorstandes der Gesellschaft vor der Anwendung eingeholt worden ist.

3. Bei einem Schadensfall werden von der Gesellschaft die Behandlungskosten nur eines Arztes übernommen. Bei Hinzuziehung eines zweiten Arztes werden ferner in solchen Fällen die Kosten der ersten gemeinschaftlichen Beratung in Höhe einer Konsultationsgebühr nach Maßgabe der Bestimmung in Absatz 1 von der Gesellschaft getragen, wenn die Dringlichkeit der Beziehung durch Vorlage einer Bescheinigung des erstbehandelnden Arztes der Gesellschaft gegenüber nachgewiesen wird. Fortsetzung der Behandlung durch einen anderen Arzt, als den erstbehandelnden, ist zulässig.

4. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist und kein Notfall vorliegt, muß der Arzt in seiner Sprechstunde aufgesucht werden, anderenfalls hat der Erkrankte die Mehrkosten selbst zu tragen.

5. Kosten für Behandlung von Geschlechtskrankheiten werden höchstens bis zur zweifachen Höhe des Mindestsatzes der Preugo entschädigt. Sonderleistungen, bei denen der einfache Mindestsatz der Preugo RM 2.— und geringer ist, werden nicht vergütet.

6. Für Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten und Reaktionen anormaler psychischer Konstitution sowie deren Folgen besteht kein Anspruch auf Entschädigung.

§ 21. Zahnbehandlung und Zahnersatz.

1. Eine Vergütung für die Behandlung von Zahnkrankheiten findet in der nachstehenden Höhe statt, wenn die erste Behandlung des Zahnes nach Ablauf des letzten Monats seit Beginn der Versicherung erfolgte. Die Vergütung beträgt 85 % des doppelten Mindestsatzes der Preugo mit der Maßgabe, daß die Entschädigung für jedes Versicherungsjahr höchstens RM 75.— beträgt. Für Behandlungen des ersten Versicherungsjahres ermäßigt sich der vorgenannte Höchstbetrag auf RM 30.—.

2. Ein Anspruch auf Vergütung für Zahnersatz besteht erst nach 12 monatiger Wartezeit unter der Voraussetzung, daß der zu ersetzende Zahn nach Ablauf der 12 monatigen Wartezeit extrahiert worden ist. Der Zahnersatz beträgt pro Zahn RM 5.—, höchstens RM 50.— jährlich.

3. Vorbeugende Zahnpflege, Räuten von Zähnen, Arbeiten in Gold- und Edelmetallen sowie gebrannte Porzellanfüllungen und Gebißreparaturen gehören nicht zu den Leistungen der Gesellschaft.

§ 22. Arznei- und Heilmittel.

1. Erstattet werden die Kosten ärztlich verordneter Arzneien zur Behebung eines Krankheitszustandes voll bis zu einer Höchstgrenze von RM 100.— jährlich.

2. Nahrungsmittel und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel, Sormen- und Organpräparate, Weine und Mineralwasser usw. zählen nicht zu den erstattungspflichtigen Leistungen, desgleichen nicht solche Heilmittel wie Prothesen, Glasaugen, Gummistrümpfe, Plasterkissen, orthopädische Korsetts, Eisbeutel, Irrigatorien, Inhalationsapparate, Räucherapparate usw. Es können jedoch für derartige Heilmittel freiwillige Zuschüsse gewährt werden, sofern ärztliche Verordnung vorliegt und die Versicherung mindestens ein Jahr schadenfrei verlaufen ist.

3. Für ärztlich verordnete Augengläser, Bruchbänder, Bandagen und ähnliche kleinere Heilmittel übernimmt die Gesellschaft die Kosten einfacher Ausführung. Für Königsaufnahmen und -durchleuchtungen werden 60 % der einfachen Mindestsätze der Preugo in Verbindung mit dem Deutschen Röntgenrat erstattet. Für Bestrahlungen, Inhalationen und Anwendung sonstiger physikalischer Heilmethoden (Bäder, Massagen usw.) werden 60 % der Kosten erstattet, wenn die vorherige Genehmigung durch die Gesellschaft eingeholt ist. Besondere Kosten für ärztliche Beratungen oder Besuche werden hierbei nicht vergütet.

Radium- und Mesothoriumbehandlungen sowie Radium-Erinkuren werden nur insoweit erstattet, wie sie vorher von der Gesellschaft genehmigt sind.

4. Die in Ziff. 2 und 3 vorgesehenen Entschädigungen werden insgesamt auf RM 100.— höchstens in einem Versicherungsjahr begrenzt.

§ 23. Krankenhausbehandlung.

1. Wird von dem behandelnden Arzt Krankenhausbehandlung angeordnet, so werden an Stelle aller anderen Leistungen die Pflegekosten der dem niedrigsten folgenden nächst höheren bzw. zweiten Klasse eines von der Gesellschaft am Wohnort des Versicherten anerkannten Krankenhauses erstattet (vergl. Einschränkung in § 15, Ziff. 4).

2. Als von der Gesellschaft anerkannte Krankenhäuser gelten die Krankenhäuser der öffentlich-rechtlichen Körperschaften und der Religionsgemeinschaften.

§ 24. Arzt-, Arznei- und Operationskosten während der Krankenhausbehandlung.

1. Werden in einem von der Gesellschaft anerkannten Krankenhaus bzw. in einem von der Gesellschaft benannten Krankenhaus außer den Pflegekosten noch weitere Gebühren berechnet, so werden diese unter Anwendung der §§ 20 und 22 nur insoweit erstattet, als es sich um reine Arzt- und Arzneikosten handelt. Für Operationen wird die Leistungspflicht gemäß §§ 20 Ziff. 1 Abs. 3 und 22 auf 100 % bis zum 3. fachen Mindestsatz der Preugo bei Tarif N 1 begrenzt. Arzt-, Arznei- und Operationskosten zusammen dürfen den Betrag von RM 400.— jährlich nicht übersteigen.

2. Ist an dem Wohnort des Versicherten kein von der Gesellschaft anerkanntes Krankenhaus vorhanden, so werden an Stelle aller anderen Leistungen die in einem Privatkrankehaus entstandenen Pflegekosten vergütet mit der Maßgabe, daß der Pflegesatz auf höchstens RM 7.50 täglich begrenzt wird. Etwaige außerdem entstandene Arzt- und Arzneikosten sowie Operationskosten werden gemäß Ziff. 1 erstattet.

§ 25. Geburtshilfe.

1. Wöchnerinnen erhalten nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres als Beihilfe zu den Kosten einer Entbindung bei Vorlage einer amtlichen Geburtsurkunde folgende Geburtshilfe:

RM	105.—	130.—	150.—	180.—	225.—
nach	1	2	3	4	5

Versicherungsjahren. Hierdurch sind alle Kosten für ärztliche Behandlung während der Schwangerschaft sowie für Krankenhausaufenthalt abgegolten.

2. Muß die Entbindung unter ärztlichem Beistand vorgenommen werden, oder macht sie operativen Eingriff erforderlich, so werden die Arzt- und Operationskosten (Sonderleistungen) gemäß §§ 20 und 24 erstattet, soweit die unter Ziff. 1 gewährte Geburtshilfe zur Bestreitung dieser Kosten nicht ausreicht.

3. Bei Früh- und Fehlgeburten werden notwendige Arzt- und Operationskosten gemäß §§ 20 und 24 bis zur Höhe von 50 % der entsprechenden Geburtshilfe gezahlt.

4. Für Schwangerschaftsunterbrechungen werden notwendige Arzt- und Operationskosten gemäß §§ 20 und 24 bis zur Höhe von 50 % der entsprechenden Geburtsbeihilfe gewährt, jedoch nur dann, wenn für die Krankheit, die die Schwangerschaftsunterbrechung bedingte, gemäß §§ 13 und 15 Erstattungsansprüche bestehen.

§ 26. Sterbegeld.

1. Während der Prämienzahlungsdauer gewährt die Gesellschaft vom Ablauf des ersten Versicherungsjahres an ein Sterbegeld in Höhe von

RM	250.—	300.—	350.—	400.—	500.—
nach	1	2	3	4	5

Versicherungsjahren. Bei Tod durch Unfall wird im ersten Jahre jedoch ein Sterbegeld von RM 250.— und vom zweiten Jahre ab die doppelte Sterbegeldsumme bezahlt, wenn der Tod spätestens binnen 6 Monaten nach dem Unfall durch diesen eintritt.

Für Kinder bis 7 Jahre und für Personen über 60 Jahre wird jedoch kein Sterbegeld bezahlt, es sei denn, daß letztere vor dem Ablauf des 60. Lebensjahres in die Versicherung eingetreten sind. Für Kinder vom vollendeten 7. bis vollendetem 15. Lebensjahre wird halbes, für Kinder über 15 Jahre volles Sterbegeld bezahlt, sofern die entsprechende Prämie der Altersklasse entrichtet wird.

2. Die Zahlung erfolgt nach Vorbringung:

1. der amtlichen Sterbeurkunde,
2. des Versicherungsscheins,
3. der letzten Prämienquittung

an den Überbringer der vorgenannten Nachweise.

3. Ein Anspruch auf Sterbegeld besteht nicht

- a) bei Tod durch Kriegsereignisse,
- b) bei Selbstmord, es sei denn, daß die Versicherung mindestens zwei Jahre bestanden hat, oder der Nachweis erbracht wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder infolge unheilbarer, schmerzvoller körperlicher Leiden begangen worden ist,
- c) wenn der Tod infolge eines Unfalles eintrat, wofür gemäß §§ 13 und 15 keine Entschädigung zu leisten war.

§ 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

1. Für die Versicherungen der Tarifgruppe N wird ein besonderer Abrechnungsverband gemäß Satzung der Gesellschaft und gemäß einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgelegenen geschäftsplanmäßigen Erklärung gebildet. An dem in diesem Abrechnungsverband nach Vornahme aller sachungsgemäßen Rückstellungen und Ausstellungen verbleibenden Reingewinn nehmen die Versicherten mit mindestens 75 % unter folgenden Bedingungen teil:

Teilnahmeberechtigt sind nur diejenigen Versicherungen, für die am Ende eines Geschäftsjahres (Kalenderjahr) die Prämienraten für mindestens 12 Monate gezahlt sind und kein Prämienrückstand besteht. Ferner ist Voraussetzung, daß die von der Gesellschaft für die Versicherungen im Geschäftsjahr aufgewendeten Versicherungsleistungen nicht höher sind als das Zwösfache einer Monatsprämie.

2. Familienversicherungen, d. h. solche Versicherungen, bei denen mehrere Personen in der häuslichen Gemeinschaft leben, auf Grund eines Versicherungsscheines versichert sind, gelten bezüglich der Gewinnbeteiligung als Einheit.

3. Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird wie folgt ermittelt: Zunächst wird durch Division des zur Verteilung stehenden Gesamtgewinns durch die gewinnberechtigte Gesamtzahl der Monatsprämienraten der auf die Prämienentrichtende entfallende Gewinnanteil festgestellt. Der Gewinnanteil der einzelnen Versicherung ist alsdann das durch die Höhe der Monatsprämienrate ausgedrückte Vielfache des auf die Prämienentrichtende entfallenden Gewinnanteils.

4. Die Gewinnverteilung erfolgt grundsätzlich durch Verrechnung mit den laufenden Prämien. Eine Vorauszahlung wird nicht gewährt.

5. Die Verrechnung der Gewinnverteilung muß für jedes abgelaufene Geschäftsjahr spätestens beginnen mit der am 1. Juli des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres fällig werden monatlichen Prämienrate. Vorher ausstehende Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Gewinnverrechnung; während der Gewinnverrechnung ausstehende Versicherungsnehmer haben den Anspruch auf die Gewinnbeteiligung nur soweit sie mit den Prämienraten, die ab 1. Juli fällig werden, verrechnet werden kann (vergl. Fußnote *).

§ 28. Änderung der AGB.

Die Gesellschaft kann nach gemeinsamem Beschluß von Aufsichtsrat und Vorstand mit Zustimmung des Reichsaufsichtsamtes auf für bestehende Versicherungen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern. Eine etwaige vorzunehmende Änderung wird wirksam mit dem 1. desjenigen Monats, der auf die Zustellung der Änderungsmittelung folgt (vergl. § 6, Ziff. 1, Abs. 2).

*) Zu § 27 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-V.G.“ Ziff. 6.

Genehmigt durch Verfügung vom 6. November 1935.

Das Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung.

(L. S.)

Izg.-Nr. III. 3187 444

In Vertretung:

gez. Dr. Erman.



Merkblatt.

Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen
der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.-G., Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Str. 26/27.

Ziffer 1.) Zu § 7. Dauer und Höchstbetrag der Leistungen.

Damit eine Versicherungs-Gesellschaft in der Lage ist, die Höhe ihrer Prämien einigermaßen genau zu kalkulieren, muß sie neben der durch statistische Untersuchungen gewonnenen Kenntnis über die Häufigkeit des Eintretts der versicherten Ereignisse die beim Versicherungsfall fällig werdende Leistung genau kennen wie z. B. in der Lebensversicherung. Wenigstens muß ihr, wenn die Höhe der Leistung nicht genau feststeht - wie z. B. in der Feuerversicherung - die beim Versicherungsfall fällig werdende Höchstleistung bekannt sein. Da in der Krankenversicherung, übrigens als einzigem Versicherungszweig, weder das eine noch das andere bekannt ist, muß man eine künstlich geschaffene Höchstleistungsgrenze einführen. Die Höchstleistung ist so bemessen, daß die Krankenversicherung ihren Zweck erfüllt, Unterstützung und Ersatz der Kosten nicht nur bei kleineren Krankheitsfällen, sondern insbesondere auch bei schweren Krankheiten zu gewähren und die Erkrankten vor zu großen Vermögensschädigungen zu bewahren. Auf Festsetzung einer Höchstleistungsgrenze kann man nur verzichten, wenn man Nachschüsse fordern oder doch wenigstens die Prämien mit Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse erhöhen kann, falls man mit der gezahlten Prämie nicht auskommt. Die Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G. kann weder Nachschüsse fordern zur Deckung entstehender Fehlbeträge noch kann sie Beitragserhöhungen zur Verhütung oder Deckung von Fehlbeträgen vornehmen. Sie muß daher Höchstleistungen vorsehen.

Ziffer 2.) Zu § 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

Das Versicherungsgeschäft ist ein Vertrauensgeschäft. Die Versicherungsgesellschaft beurteilt ihr Risiko nur auf Grund der Angaben im Antrag. Sind diese Angaben wahrheitswidrig (was unter Umständen strafrechtlich als versuchter Betrug zu werten ist), so muß die Gesellschaft das Recht haben, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten bezw. ihn anzufechten. Jedenfalls ist der Versicherungsnehmer (Antragsteller) für alle Angaben des Antrages, auch dann, wenn die Beantwortung der Fragen von Agenten niedergeschrieben wurde, voll verantwortlich. Der Antragsteller muß daher den ausgefüllten Antrag vor Unterschriftsleistung genau durchlesen. Nur Schriftliches gilt, mündliche Erklärungen und Zusagen sind ungültig.

Ziffer 3.) Zu § 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

A. Alle Versicherten bilden eine Gefahrengemeinschaft nach dem Grundsatz: Einer für alle, alle für einen. Daraus folgt, daß jeder zu dem seinem Risiko entsprechenden Teil - sagen wir - in die gemeinsame Kasse einlegen muß, aus dem die Erkrankten den Kostenersatz erhalten. Leistet ein Versicherter seinen Anteil (die Prämie) an die gemeinsame Kasse nicht, so muß er aus der Gefahrengemeinschaft ausscheiden, d. h. die anderen leisten für ihn nicht, wenn er krank wird.

B. Der Betrieb einer Versicherung ist nur möglich, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der Eintritt des versicherten Ereignisses (z. B. der Tod, der Brand, die Krankheit) darf nicht bereits erfolgt sein, sondern muß in der Zukunft liegen.
2. Der Eintritt des versicherten Ereignisses muß irgendwie zufällig sein entweder derart, daß der Eintritt des versicherten Ereignisses überhaupt ungewiß ist oder daß, wenn dessen Eintritt gewiß ist, (z. B. der Tod) der Zeitpunkt ungewiß, eben zufällig ist.

Folgerung aus A. und B.

Aus A. und B. folgt, daß, wenn jemand, der mit der Beitragszahlung rückständig ist und während der Zeit des Bestehens des Rückstandes erkrankt, auch dann keine Ansprüche an die Gesellschaft stellen kann, wenn er, nachdem er erkrankt ist, die rückständigen Beiträge schnell nachbezahlt.

Ziffer 4.) Zu § 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft. - Wartezeiten.

Der Grund für diese Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen ist folgender:

Es ist klar, daß wie z. B. eine Feuerversicherung brennende Häuser nicht versichern kann, ebensowenig eine Krankenversicherung kranke Personen versichern kann, denn die Beiträge sind nur für den Fall berechnet, daß eine bei Abschluß der Versicherung gesunde Person im Laufe der Versicherungsdauer erkrankt. Bei den in § 13 Absatz 5a-c genannten Krankheiten handelt es sich um solche, die im allgemeinen nach ihrem Entstehen längere Zeit gebrauchen, bis sie Beschwerden bereiten und behandlungsbedürftig werden (vergleichbar einem Brande, der, ohne daß man ihn erkennt, unter der Oberfläche schwelt und, ohne erkannt zu sein, doch bereits vorhanden ist). Durch Einführung längerer Wartezeiten soll verhindert werden, daß für bereits vorhandene, aber noch nicht erkennbar gewordene Krankheiten Entschädigungen gezahlt werden, da derartige Fälle bei der Beitragskalkulation nicht berücksichtigt werden können, weil darüber kein statistisches Material vorliegt und auch nicht geschaffen werden kann. Außerdem soll verhindert werden, daß Personen, die wissen, daß sie krank sind, ohne daß der Arzt ohne weiteres die Krankheit erkennen kann, sich den Versicherungsschutz erschleichen zu Lasten der gesund in die Versicherung Eintretenden.

Bisher versuchten die Gesellschaften, die ja in Wirklichkeit nichts anderes sind als die Verwalter der „Gefahrengemeinschaft der Versicherten“, eine Leistung für Krankheiten, die eine längere Entwicklungszeit gebrauchen, bis sie erkennbar und behandlungsbedürftig werden, dadurch auszuschließen, daß sie in den Versicherungsbedingungen erklärten, vor Ablauf der Wartezeit vorhandene Leiden (sogenannte alte Leiden) seien nicht versichert. Der Versicherte dachte bei dieser Bestimmung im allgemeinen, daß ihm bekannte Leiden von der Erstattung ausgeschlossen seien, was er verständlich fand. Er dachte nicht daran, daß mit dieser Bestimmung auch Leiden erfaßt seien, die ihm unbekannt sind. Reichte er nun Rechnungen ein, so mußte er gelegentlich die Erfahrung machen, daß die Gesellschaft eine Leistung ablehnte mit dem Hinweis, daß es sich um ein altes Leiden handele. Daraus entstand Verärgerung und Mißtrauen, weil sich der Versicherte übervoorteilt, ja betrogen fühlte.

Durch eine eindeutige jedem Laien verständliche Fassung der Bedingungen suchen wir dem Verständnis des Laien Rechnung zu tragen und vermeidbare Verärgerungen sowie das Entstehen von Mißtrauen zu unterbinden.

Ziffer 5.) Zu § 15, Abs. 4. Leistungsausschluß.

Die Bestimmung, daß Leistungen während eines Aufenthaltes in Badeorten, Sommerfrischen, Sanatorien usw. grundsätzlich nicht gezahlt werden, wird verständlich, wenn festgestellt wird, daß eine große Anzahl von Versicherten den Versuch macht, sich ihre Urlaubsreise durch die Versicherungsgesellschaften finanzieren zu lassen. Dazu ist selbstverständlich die Krankenversicherung nicht da. Die Krankenversicherung als Gefahrengemeinschaft kann nur den unbedingt notwendigen Aufenthalt im Krankenhaus bezahlen. Für vorbeugende Maßnahmen (Heilkuren usw.) kann sie keinen Ersatz gewähren. Ob im Rahmen des Möglichen aus bevölkerungspolitischen Gründen z. B. bei erhöhten Schwangerschaftsaufwendungen und Kinderoverschickungen (jugendliche Tuberkulose) Zuschüsse geleistet werden können, muß im Einzelnen geprüft werden und wird auch nach dem sonstigen Krankheitsrisiko im Einzelfall beurteilt.

Ziffer 6.) Zu § 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

Zur Erläuterung der Angaben über die Berechnung der Gewinnbeteiligung sei folgendes praktische Beispiel angeführt:

Der dem Gewinnfonds der Versicherten überwiesene Gesamtgewinn betrage RM 1 000 000.—
Es ist festgestellt, daß die gesamte gewinnberechtigte Monatsprämie RM 400 000.— beträgt.
Dabei entfällt auf die Prämieeinheit ein Gewinnanteil von RM 2.50. Wenn jemand RM 6.— Monatsprämie zahlt, so erhält er eine Gewinnbeteiligung von 6mal die Einheitsgewinnbeteiligung, das sind insgesamt 6mal RM 2.50 = RM 15.—.



Schadensfall in Anrechnung gebracht werden. Bei Kündigung des Versicherungsvertrages (vergl. § 6) ist die Prämie nur bis zum Ablauf des Versicherungsvertrages zu zahlen.

2. Für die Höhe der Prämie ist der dem Vertrage zugrundeliegende Tarif maßgebend. Bei Festsetzung der Prämie wird ein Lebensjahr als voll gerechnet, wenn von ihm bei Beginn des Versicherungsjahres mehr als sechs Monate verfloßen sind. Die Gesellschaft ist jederzeit berechtigt, vom Versicherungsnehmer einen amtlichen Altersnachweis zu verlangen. Im Falle unrichtiger Altersangabe ist — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus § 8 — die zu wenig gezahlte Prämie zuzüglich 5 % Verzugszinsen nachzuzahlen; etwa zuviel gezahlte Prämien werden auf die folgenden Prämienzahlungen angerechnet oder zurückgezahlt.

Die Gesellschaft kann mit Zustimmung des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherung unter den in einer ihm abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung festgelegten Voraussetzungen die Prämie entsprechend dem gestiegenen Lebensalter bis auf die für das neue Lebensalter in der Tariffabelle vorgesehene Höhe heraufsetzen, und zwar mit Wirkung für das dem Versicherungsjahr, in dem das höhere Lebensalter eingetreten ist, folgende Versicherungsjahr. Ein Verzicht der Gesellschaft, ihr Recht zu dem vorgenannten Zeitpunkt auszuüben, ist nicht als dauernder Verzicht anzusehen. Es steht der Gesellschaft vielmehr unter den Voraussetzungen der geschäftsplanmäßigen Erklärung frei, ihr Recht auch zu einem späteren Zeitpunkt mit Beginn eines Versicherungsjahres, jedoch niemals rückwirkend, auszuüben.

3. Die Prämien sind auch während des Bezuges von Schadenersatzleistungen zu bezahlen; sie sind eine Bringschuld und an die zuständige Zahlstelle portofrei zu entrichten. Der Gesellschaft steht es frei, die Prämien gegen eine Abholungsgebühr bis zu 5 % jeder Monatsrate, höchstens aber RM 0,50 abholen zu lassen.

4. Stundung der Prämien kann nur vom Vorstand der Gesellschaft schriftlich genehmigt werden.

§ 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

1. Wird die Zahlung einer fälligen Prämie oder einer Prämienrate (vergl. § 9) nicht rechtzeitig bewirkt, so kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Frist von zwei Wochen vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Gesellschaft bezeichnete Stelle portofrei zu bezahlen. Neben den Porto- und Mahnkosten können einmalige Verzugsgebühren bis zu 5 % jeder rückständigen Monatsrate, höchstens aber RM 2, — für jede Monatsrate erhoben werden. Nach Ablauf der Frist von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der angemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Raten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der geschuldeten Prämien, Gebühren oder Kosten im Verzuge, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei. Auch ist die Gesellschaft berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung im Verzuge ist (vergl. Fußnote *).

3. Die Gesellschaft kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis dergestalt kündigen, daß die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkte mit der Zahlung im Verzuge ist.

4. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

5. Solange nicht gekündigt ist, bleibt die Gesellschaft zur Annahme der unmittelbar an sie portofrei entrichteten Rückstände, soweit sie ohne Verzug des Versicherungsnehmers zu entrichten gewesen wären, mit der Wirkung verpflichtet, daß die Folgen des Verzuges beseitigt werden, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Dagegen ist die Gesellschaft nicht berechtigt, über das beim Ablauf der Mahnfrist laufende Versicherungsjahr hinaus Prämien zu fordern.

§ 11. Abtretung und Aufrechnung von Ansprüchen.

1. Sind von der Gesellschaft Versicherungsleistungen für einen Krankheitsfall oder Unfall gezahlt, für den der Versicherungsnehmer Entschädigungsansprüche gegen dritte Personen erheben kann, so ist er verpflichtet, seine Ansprüche in Höhe der bezogenen Leistungen an die Gesellschaft, und zwar auf Verlangen schriftlich, abzutreten. Unter diese Bestimmung fallen aber nicht die Ansprüche, die ein Versicherungsnehmer auf Grund öffentlich- oder privatrechtlicher Versicherungsverträge hat, wenn er nicht aus diesen Versicherungsverhältnissen den Ersatz der gleichen ihm entstandenen Kosten für den Schadenfall zu beanspruchen hat.

2. Soweit der Versicherungsnehmer von schadenerersatzpflichtigen dritten Personen oder aus anderen Versicherungsverhältnissen Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist die Gesellschaft berechtigt, den Ersatz auf ihre Leistungen anzurechnen.

3. Liegt ein Unfall vor, so tritt eine Leistungspflicht der Gesellschaft nicht ein, soweit Versicherungsschutz bei einer Unfallversicherung besteht.

4. Die Verpflichtung der Gesellschaft zum Ersatz solcher Ansprüche, die ein Versicherungsnehmer auf Grund einer gesetzlichen Zwangsversicherung bei deren Träger (z. B. Berufsgenossenschaft) geltend machen kann, tritt erst ein, wenn die Zwangsversicherung die von ihr beanspruchten Leistungen entweder bereits gewährt oder rechtskräftig abgelehnt hat.

5. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung der Gesellschaft auf, so wird die Gesellschaft insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

6. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können vom Versicherungsnehmer weder verpfändet noch abgetreten werden. Gegen Forderungen der Gesellschaft kann der Versicherungsnehmer weder aufrechnen noch ein Zurückbehaltungsrecht geltend machen.

§ 12. Ausschlussfristen, Verjährung und Gerichtsstand.

1. Sind Ansprüche auf Versicherungsleistungen abgewiesen, so muß die Klage auf diese Ansprüche innerhalb einer Ausschlussfrist von 6 Monaten, vom Zugehen des Abweisungsbescheides an gerechnet, gestellt sein. In dem Abweisungsbescheid ist auf die mit Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hinzuweisen.

2. Die Ansprüche auf Sterbegeld verjähren in fünf Jahren, die Ansprüche auf die übrigen Leistungen in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verlangt werden.

3. Erfüllungsort für beide Teile sind die Geschäftsräume am Sitz der Gesellschaft. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen die Gesellschaft erhoben werden, auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

§ 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft (Wartezeiten).

1. Ansprüche gegen die Gesellschaft entstehen grundsätzlich erst nach Ablauf der Wartezeit. Die Wartezeit wird von dem im Versicherungsschein angegebenen Tag des Versicherungsbegins an gerechnet.

2. Voraussetzung für die Leistungspflicht der Gesellschaft ist, daß die Krankheit, sofern es sich um eine der unter Ziffer 5 a—c dieses Paragraphen genannten handelt, erstmals nach Ablauf der Wartezeit durch einen Arzt oder Heilkundigen behandelt worden ist. Eine Behandlung vor Beginn der Versicherung und während der Wartezeit schließt für die unter Ziffer 5 a—c genannten Krankheiten und deren Folgen eine Entschädigungspflicht der Gesellschaft aus. Für alle dort nicht genannten Krankheiten beeinträchtigt eine frühere und vor Beginn der Versicherung bereits abgeschlossene Behandlung die Leistungspflicht der Gesellschaft nicht.

3. Eine Wartezeit besteht nicht bei einem Unfall oder bei akuten Infektionskrankheiten, wie z. B. Grippe, Angina, Diphtherie, Scharlach, Wafeln, epidemischer Genickstarre und Kinderlähmung, Typhus, Cholera, Pocken, Malaria, Wechselfieber.

*) Zu § 10 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.-G.“ Ziff. 2.

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

4. Soweit nicht im folgenden längere Wartezeiten ausdrücklich bestimmt oder besondere Vereinbarungen hierüber im Versicherungsschein getroffen sind, erwirbt der Versicherungsnehmer den Anspruch auf die Entschädigungsleistungen mit dem Ablauf der 13. Woche nach Beginn der Versicherung.

5. Für die nachfolgend unter a—c dieses Abschnittes bezeichneten Krankheitsgruppen erwirbt der Versicherungsnehmer den Anspruch auf Entschädigungsleistungen erst nach Ablauf der dort bezeichneten Wartezeiten.

a) Die Wartezeit beträgt 6 Monate bei sekundären Folgen von Geschlechtskrankheiten, sowie bei Magen- und Darmgeschwüren, einseitigem Lungenemphysematareose sowie bei Bronchiolitis terminalis.

b) Die Wartezeit beträgt 9 Monate bei konstitutionellen Krankheiten, wie z. B. kindlichen Diathesen und Narkitis, chronischen Ohren- und Nasenerkrankungen, Wucherungen, grauem Star und Augenerkrankungen, die als Folgeerkrankung eines anderen Leidens anzusehen sind, bei Kiefererkrankungen, chronischen rheumatischen und neuralgischen Erkrankungen sowie bei chronischen Sehnen- und Muskelkrankungen.

c) Die Wartezeit beträgt 12 Monate bei Geschwülsten, chronischen Unterleibserkrankungen, fortgeschrittenen Blutkrankheiten, Herz- und Gefäßerkrankungen, die chronisch oder die Folgeerkrankung eines anderen sich langsam entwickelnden Leidens sind, chronischen Luftröhren-erkrankungen, chronischen Lungenkrankheiten und Folgen, Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion, fortgeschrittener Lungentuberkulose oder Tuberkulose anderer Organe, Neurosen, Steinerkrankungen, Eingeweidebrüchen (Hernien), Zuderharnruhr und Folgen, Knochen- und Gelenkdeformitäten, chronischen Erkrankungen des Harnapparates, chronischen Lebererkrankungen, Erkrankungen, die als Ves III bezeichnet werden, fortgeschrittener Arteriosklerose, Rückenmarkserkrankungen, Paradenose, chronischen Hauterkrankungen.

Die unter b) und c) aufgeführten chronischen Krankheiten gelten als chronisch, wenn sich die Behandlung durch einen Arzt oder Heilkundigen über einen Zeitraum von mehr als 40 Tagen erstreckt.

Für eine unter b) oder c) aufgeführte, während der Wartezeit behandelte chronische Krankheit die Folge einer von der Gesellschaft bedingungsgemäß zu entschädigenden Krankheit nach Ziffer 3 oder 4, so besteht auch für die Folgekrankheit eine Leistungspflicht der Gesellschaft (vergl. Fußnote *).

6. Bei Übergang auf einen Tarif mit höheren Leistungen gelten von dem zu vereinbarenden Zeitpunkt der Tarifänderung ab für die höheren Leistungen die in Abs. 4 und 5 dieses Paragraphen erwähnten Wartezeiten.

§ 14. Voraussetzungen für die Erstattung von Rechnungen.

1. Die Erstattungspflicht der Gesellschaft ruht, solange nicht folgende Bedingungen eingehalten sind:

a) Es müssen die Urschriften der Rechnungen eingereicht werden. Die Gesellschaft kann verlangen, daß die Rechnungen bezahlt und quittiert sind und den Zahlungstag enthalten.

b) Die Belege müssen den Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheit, die Angaben der einzelnen Leistungen des Arztes (Sprechstunden-Beratungen, Besuche, hierbei vorgenommenen Sonderuntersuchungen) mit Bezeichnung der betreffenden Daten und Ziffern der Preugro (Preußische Gebührenordnung für Ärzte) enthalten. Auf den Rezepten müssen die Verordnungen und der Preis deutlich geschrieben sein.

c) Bei Zahnbehandlung ist die Angabe der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen erforderlich. Auf Verlangen der Gesellschaft ist ein Diagramm zu liefern, in dem die behandelten Zähne kenntlich gemacht sind.

2. Die Erstattungspflicht der Gesellschaft entfällt, wenn nicht folgende Bedingungen eingehalten sind:

a) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Anfordern der Gesellschaft alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich sind. Die Gesellschaft ist insbesondere berechtigt, vom Versicherungsnehmer oder Versicherten eine nach bestem Wissen abgegebene Erklärung des Inhaltes zu verlangen, daß die Behandlung der Krankheit erstmalig nach Ablauf der Wartezeiten gemäß Ziff. 4 und 5 des § 13 erfolgte. Die Aufforderung zur Abgabe einer derartigen Erklärung soll schriftlich unter Einschreiben geschehen. Die Erklärung ist innerhalb von drei Wochen seit Zugang der Aufforderung abzugeben.

b) Die Belege sind spätestens drei Monate nach beendeter Behandlung einzureichen. Dauert die Behandlung länger als drei Monate, so ist spätestens vier Monate seit ihrem Beginn eine Zwischenrechnung vorzulegen. Ist der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden innerhalb der genannten Frist nicht im Besitz einer ärztlichen Rechnung, so hat er der Gesellschaft unter Angabe der Krankheit und der Art der Behandlung unverzüglich Anzeige zu erstatten.

c) Erkrankungen außerhalb des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers müssen innerhalb fünf Tagen an die Gesellschaft gemeldet werden.

3. Die Rechtsfolgen der Ziff. 1 und 2 treten nicht ein, wenn die Verletzung der Vorschriften weder auf Vorlag noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

4. Der Überbringer von Belegen, die die Voraussetzungen der Ziff. 1 erfüllen, gilt als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt.

5. Die Belege gehen in das Eigentum der Gesellschaft über.

§ 15. Leistungsausschluss.

1. Versicherungsschutz ist ausgeschlossen bei Anomalien oder körperlichen Fehlern, wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler vor Beginn des Versicherungsverhältnisses oder vor Beendigung der im § 13 genannten Wartezeiten bestanden hat und der Versicherte von dem Bestehen der Anomalie oder des körperlichen Fehlers Kenntnis hatte, oder wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler mit Krankheiten in unmittelbarem ursächlichen Zusammenhang stehen, für die eine Leistungspflicht nach § 13 nicht besteht.

2. Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, die auf aktive Teilnahme an inneren Kriegen, an Kampfhandlungen im Kriege, an Wettkämpfen oder auf Vortag, oder auf mißbräuchlichen Genuß von Rauschgiften (Morphium, Kokain, Alkohol und Nikotin) zurückzuführen sind, begründen keine Ansprüche auf Versicherungsleistungen.

3. Nicht zu den Leistungen der Gesellschaft gehören Kosten, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für Impfungen und deren Folgen, für Sterilisationen und deren Folgen, für Festlegung von Schönheitsfehlern, für ärztliche Gutachten und Urteile, für private und dienstliche Zwecke, für Reisekosten, sowie Kosten für Pflegepersonal, Kilometergelder, Transportkosten und Desinfektion.

4. Werden Bäderorte, Sommerfrischen, Sanatorien, Heilstätten oder Erholungsheime zu Heilzwecken oder zur Wiederherstellung der Gesundheit aufgesucht, so werden Versicherungsleistungen nur gewährt, wenn sie der Vorstand vorher genehmigt hat (vergl. Fußnote **).

§ 16. Allgemeines über ärztliche Behandlung.

1. Die Wahl des Arztes oder Facharztes steht dem Versicherungsnehmer frei. Zur Erstattung von Rechnungen nicht in Deutschland approbierter Ärzte, Heilkundiger und Ärzte, die Fernbehandlung oder Behandlung im Umherziehen betreiben, oder bei Heilkundigen angestellt sind, ist die Gesellschaft nicht verpflichtet.

*) Zu § 13 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.-G.“ Ziff. 4.

**) Zu § 15 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.-G.“ Ziff. 2.

2. Nimmt ein Versicherungsnehmer einen auswärtigen Arzt in Anspruch, obwohl am Wohnort ein Arzt zur Behandlung zur Verfügung steht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

3. Ergibt sich aus eingereichten Rechnungen im Einzelfalle eine übermäßige Inanspruchnahme oder übermäßige Gewährung ärztlicher Hilfe, so ist der Vorstand berechtigt, die Erstattung auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen. Sofern besondere, von der ärztlichen Organisation eingesetzte Kommissionen bestehen, entscheidet der Vorstand über die Herabsetzung nach Anhörung der Kommission.

4. Die Erstattung von Rechnungen bestimmter Ärzte kann abgelehnt werden. Eine solche Ablehnung ist den Versicherungsnehmern durch besondere schriftliche Mitteilung bekanntzugeben. Von der Zustellung der Mitteilung an erlischt die Verpflichtung der Gesellschaft für die Erstattung der Kosten von Behandlungen, die von jenem Zeitpunkt an durch den betreffenden Arzt neu aufgenommen werden. Für laufende Schadensfälle gelten die Bestimmungen über die Erstattungspflicht bei Kündigungen durch die Gesellschaft (vergl. § 6).

5. Die Gesellschaft ist berechtigt, den Erkrankten durch einen von ihr beauftragten Arzt auf ihre Kosten untersuchen zu lassen.

6. Leistet der Versicherte der Aufforderung, sich dieser Untersuchung zu unterziehen, keine Folge, so können ihm die versicherten Leistungen für die Dauer der Weigerung entzogen werden. Eine Nachzahlung für diese Zeit findet auch nach Fortfall der Weigerung nicht statt. § 14 Ziff. 3 gilt entsprechend.

§ 17. Verlust des Versicherungsscheines.

Der Versicherungsnehmer kann bei Verlust des Versicherungsscheines jederzeit gegen Erstattung der Kosten von RM 2.— eine Erstattungsbescheinigung verlangen.

§ 18. Räumlicher Geltungsbereich.

Die Versicherung ist nur gültig innerhalb der Grenzen Deutschlands. Für die Dauer eines Aufenthaltes des Versicherten außerhalb Deutschlands besteht keine Entschädigungspflicht der Gesellschaft, sofern nicht besondere Vereinbarungen hierüber getroffen sind.

§ 19. Umfang der Versicherung.

1. I. Die Gesellschaft vergütet ihren Versicherten nach Tarif N 1 in tarifmäßiger Höhe:

- a) ärztliche und fachärztliche Kosten laut § 20;
- b) Zahnbehandlungs- und Zahnerhalt laut § 21;
- c) Kosten ärztlich verordneter Arzneien und kleiner Heilmittel, sowie Bäder, Pfestraktionen, Massagen usw. laut § 22;
- d) Krankenhaus- und Operationskosten laut §§ 23, 24;
- e) Geburtshilfe laut § 25;
- f) Sterbegeld laut § 26.

II. Als freiwillige Leistung kann die Gesellschaft aus ihren Überschüssen gewähren:

- a) Kostzuschüsse für ärztlich verordnete Heilmittel laut § 22;
- b) eine Erholungsbeihilfe für versicherte Kinder nach einjähriger Versicherungsdauer.

2. Bei einer Leistungspflicht infolge eines Unfalles (vergl. § 13 Ziff. 3) wird die Entschädigungsdauer auf 13 Wochen, berechnet vom Tage des Unfalles an, begrenzt, sofern der Unfall innerhalb der ersten drei Monate seit Beginn der Versicherung eintritt. Bei Unfällen nach Ablauf der ersten drei Monate besteht die Leistungspflicht für die Dauer von 26 Wochen, gerechnet vom Tage des Unfalles an.

§ 20. Ärztliche und fachärztliche Behandlung.

1. Alle Behandlungsarten, soweit sie von approbierten Ärzten (vgl. § 16) ausgeführt werden, können nach freier Wahl zur Heilung benutzt werden.

Die Gesellschaft erstattet die vollen Arztkosten, höchstens jedoch für eine Beratung RM 4.50, für einen Hausbesuch RM 7.—, für einen Nacht-, Eil- oder Sonntagbesuch RM 15.—.

Bei besonderen ärztlichen Verrichtungen (Sonderleistungen) vergütet die Gesellschaft 100 % des doppelten Mindestsatzes der Preugo (Preussische Gebührenordnung für Ärzte), soweit für die einzelne Sonderleistung der einfache Mindestsatz der Preugo den Betrag von RM 2.— übersteigt. Sonderleistungen, bei denen der einfache Mindestsatz der Preugo RM 2.— und geringer ist, werden nicht vergütet.

2. Injektionskuren, hypnotische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden sind nur erstattungspflichtig, wenn die schriftliche Zustimmung des Vorstandes der Gesellschaft vor der Anwendung eingeholt worden ist.

3. Bei einem Schadensfall werden von der Gesellschaft die Behandlungskosten nur eines Arztes übernommen. Bei Hinzuziehung eines zweiten Arztes werden ferner in solchen Fällen die Kosten der ersten gemeinschaftlichen Beratung in Höhe einer Konsultationsgebühr nach Maßgabe der Bestimmung in Absatz 1 von der Gesellschaft getragen, wenn die Dringlichkeit der Beiziehung durch Vorlage einer Bescheinigung des erstbehandelnden Arztes der Gesellschaft gegenüber nachgewiesen wird. Fortsetzung der Behandlung durch einen anderen Arzt, als den erstbehandelnden, ist zulässig.

4. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist und kein Notfall vorliegt, muß der Arzt in seiner Sprechstunde aufgesucht werden, anderenfalls hat der Erkrankte die Mehrkosten selbst zu tragen.

5. Kosten für Behandlung von Geschlechtskrankheiten werden höchstens bis zur zweifachen Höhe des Mindestsatzes der Preugo entschädigt. Sonderleistungen, bei denen der einfache Mindestsatz der Preugo RM 2.— und geringer ist, werden nicht vergütet.

6. Für Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten und Reaktionen anormaler psychischer Konstitution sowie deren Folgen besteht kein Anspruch auf Entschädigung.

§ 21. Zahnbehandlung und Zahnerhalt.

1. Eine Vergütung für die Behandlung von Zahnerkrankungen findet in der nachstehenden Höhe statt, wenn die erste Behandlung des Zahnes nach Ablauf des sechsten Monats seit Beginn der Versicherung erfolgte. Die Vergütung beträgt 85 % des doppelten Mindestsatzes der Preugo mit der Maßgabe, daß die Entschädigung für jedes Versicherungsjahr höchstens RM 75.— beträgt. Für Behandlungen des ersten Versicherungsjahres ermäßigt sich der vorgenannte Höchstbetrag auf RM 30.—.

2. Ein Anspruch auf Vergütung für Zahnerhalt besteht erst nach 12monatiger Wartezeit unter der Voraussetzung, daß der zu erhaltende Zahn nach Ablauf der 12monatigen Wartezeit extrahiert worden ist. Der Zahnerhalt beträgt pro Zahn RM 5.—, höchstens RM 50.— jährlich.

3. Vorbeugende Zahnpflege, Richten von Zähnen, Arbeiten in Gold- und Edelmetallen sowie gebrannte Porzellanfüllungen und Gebißreparaturen gehören nicht zu den Leistungen der Gesellschaft.

§ 22. Arznei- und Heilmittel.

1. Erstattet werden die Kosten ärztlich verordneter Arzneien zur Behebung eines Krankheitszustandes voll bis zu einer Höchstgrenze von RM 100.— jährlich.

2. Nahr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel, Hormon- und Organpräparate, Weine und Mineralwasser usw. zählen nicht zu den erstattungspflichtigen Leistungen, desgleichen nicht solche Heilmittel wie Brotheilen, Gasaugen, Gummistrümpfe, Wattfüßeinlagen, orthopädische Korsetts, Eisbeutel, Zerstörer, Inhalationsapparate, Räucherapparate usw. Es können jedoch für derartige Heilmittel freiwillige Zuschüsse gewährt werden, sofern ärztliche Verordnung vorliegt und die Versicherung mindestens ein Jahr schadenfrei verlaufen ist.

3. Für ärztlich verordnete Augenläser, Bruchbänder, Bondagen und ähnliche kleinere Heilmittel übernimmt die Gesellschaft die Kosten einfacher Ausführung.

4. Für Röntgenaufnahmen und -durchleuchtungen werden 60 % der einfachen Mindestsätze der Preugo in Verbindung mit dem Deutschen Röntgentarif erstattet. Für Röntgenstrahlen, Inhalationen und Anwendung sonstiger physikalischer Heilmittel (Bäder, Massagen usw.) werden 60 % der Kosten erstattet, wenn die vorherige Genehmigung durch die Gesellschaft eingeholt ist. Besondere Kosten für ärztliche Beratungen oder Besuche werden hierbei nicht vergütet.

Genehmigt durch Verfügung vom 6. November 1935.

(L. S.)
Tgb.-Nr. III. 3187/444

Radium- und Mesothoriumbehandlungen sowie Radium-Trinkuren werden nur insoweit erstattet, wie sie vorher von der Gesellschaft genehmigt sind.

4. Die in Ziff. 2 und 3 vorgezeichneten Entschädigungen werden insgesamt auf RM 100.— höchstens in einem Versicherungsjahr begrenzt.

§ 23. Krankenhausbehandlung.

1. Wird von dem behandelnden Arzt Krankenhausbehandlung angeordnet, so werden an Stelle aller anderen Leistungen die Pflegekosten der der niedrigsten folgenden nächst höheren bzw. zweiten Klasse eines von der Gesellschaft am Wohnort des Versicherten anerkannten Krankenhauses erstattet (vergl. Einrichtungsplan in § 15, Ziff. 4).

2. Als von der Gesellschaft anerkannte Krankenhäuser gelten die Krankenhäuser der öffentlich-rechtlichen Körperschaften und der Religionsgemeinschaften.

§ 24. Arzt-, Arznei- und Operationskosten während der Krankenhausbehandlung.

1. Werden in einem von der Gesellschaft anerkannten Krankenhaus bzw. in einem von der Gesellschaft benannten Krankenhaus außer den Pflegekosten noch weitere Gebühren berechnet, so werden diese unter Anwendung der §§ 20 und 22 nur insoweit erstattet, als es sich um reine Arzt- und Arzneikosten handelt. Für Operationen wird die Leistungspflicht gemäß §§ 20 Ziff. 1 Abs. 3 und 22 auf 100 % bis zum 3fachen Mindestsatz der Preugo bei Tarif N 1 begrenzt. Arzt-, Arznei- und Operationskosten zusammen dürfen den Betrag von RM 400.— jährlich nicht übersteigen.

2. Ist an dem Wohnort des Versicherten kein von der Gesellschaft anerkanntes Krankenhaus vorhanden, so werden an Stelle aller anderen Leistungen die in einem Privatkrankehaus entstehenden Pflegekosten vergütet mit der Maßgabe, daß der Pflegeplatz auf höchstens RM 7.50 täglich begrenzt wird. Etwas außer dem entfallenden Arzt- und Arzneikosten sowie Operationskosten werden gemäß Ziff. 1 erstattet.

§ 25. Geburtshilfe.

1. Mütterinnen erhalten nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres als Beihilfe zu den Kosten einer Entbindung bei Vorlage einer amtlichen Geburtsurkunde folgende Geburtshilfe:

RM 105.— 130.— 150.— 180.— 225.—

nach 1 2 3 4 5 Versicherungsjahren.
Hierdurch sind alle Kosten für ärztliche Behandlung während der Schwangerschaft sowie für Krankenhausaufenthalt abgegolten.

2. Muß die Entbindung unter ärztlichem Beistand vorgenommen werden, oder macht sie operativen Eingriff erforderlich, so werden die Arzt- und Operationskosten (Sonderleistungen) gemäß §§ 20 und 24 erstattet, soweit die unter Ziff. 1 gewährte Geburtshilfe zur Befreiung dieser Kosten nicht ausreicht.

3. Bei Früh- und Fehlgeburten werden notwendige Arzt- und Operationskosten gemäß §§ 20 und 24 bis zur Höhe von 50 % der entsprechenden Geburtshilfe gezahlt.

4. Für Schwangerschaftsunterbrechungen werden notwendige Arzt- und Operationskosten gemäß §§ 20 und 24 bis zur Höhe von 50 % der entsprechenden Geburtshilfe gewährt, doch nur dann, wenn für die Krankheit, die die Schwangerschaftsunterbrechung bedingte, gemäß §§ 13 und 15 Erstattungsansprüche bestehen.

§ 26. Sterbegeld.

1. Während der Prämienzahlungsdauer gewährt die Gesellschaft vom Ablauf des ersten Versicherungsjahres an ein Sterbegeld in Höhe von

RM 250.— 300.— 350.— 400.— 500.—

nach 1 2 3 4 5 Versicherungsjahren.
Bei Tod durch Unfall wird im ersten Jahre jedoch ein Sterbegeld von RM 250.— und vom zweiten Jahre ab die doppelte Sterbegeldsumme bezahlt, wenn der Tod spätestens binnen 6 Monaten nach dem Unfall durch diesen eintritt.

Für Kinder bis 7 Jahre und für Personen über 60 Jahre wird jedoch kein Sterbegeld bezahlt, es sei denn, daß letztere vor dem Ablauf des 60. Lebensjahres in die Versicherung eingetreten sind. Für Kinder vom vollendeten 7. bis vollendetem 15. Lebensjahre wird halbes, für Kinder über 15 Jahre volles Sterbegeld bezahlt, sofern die entsprechende Prämie der Altersstufe entrichtet wird.

2. Die Zahlung erfolgt nach Beibringung:

1. der amtlichen Sterbeurkunde,
2. des Versicherungsscheines,
3. der letzten Prämienquittung

an den Überbringer der vorgenannten Nachweise.

3. Ein Anspruch auf Sterbegeld besteht nicht

- a) bei Tod durch Kriegsereignisse,
- b) bei Selbstmord, es sei denn, daß die Versicherung mindestens zwei Jahre bestanden hat, oder der Nachweis erbracht wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder infolge unheilbarer, schmerzvoller körperlicher Leiden begangen worden ist,
- c) wenn der Tod infolge eines Umstandes eintrat, wofür gemäß §§ 13 und 15 eine Entschädigung zu leisten war.

§ 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

1. Für die Versicherungen der Tarifgruppe N wird ein besonderer Abrechnungsverband gemäß Satzung der Gesellschaft und gemäß einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung gebildet. In dem in diesem Abrechnungsverband nach Vornahme aller sachungsgemäßen Rückstellungen und Ausstellungen verbleibenden Reingewinn nehmen die Versicherten mit mindestens 75 % unter folgenden Bedingungen teil:

Teilnahmeberechtigt sind nur diejenigen Versicherungen, für die am Ende eines Geschäftsjahres (Kalenderjahr) die Prämienraten für mindestens 12 Monate gezahlt sind und kein Prämienrückstand besteht. Ferner ist Voraussetzung, daß die von der Gesellschaft für die Versicherungen im Geschäftsjahr aufgewendeten Versicherungsleistungen nicht höher sind als das Zwölfwache einer Monatsprämie.

2. Familienversicherungen, d. h. solche Versicherungen, bei denen mehrere Personen die in häuslicher Gemeinschaft leben, auf Grund eines Versicherungsscheines versichert sind, gelten bezüglich der Gewinnbeteiligung als Einheit.

3. Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird wie folgt ermittelt: Zunächst wird durch Division des zur Verteilung stehenden Gesamtergebnisses durch die gewinnberechtigten Gesamtzahl der Monatsprämienraten der auf die Prämienentlastung entfallende Gewinnanteil festgestellt. Der Gewinnanteil der einzelnen Versicherung ist alsdann das durch die Höhe der Monatsprämienrate ausgedrückte Vielfache des auf die Prämienentlastung entfallenden Gewinnanteils.

4. Die Gewinnverteilung erfolgt grundsätzlich, durch Verrechnung mit der laufenden Prämie. Eine Vorauszahlung wird nicht gewährt.

5. Die Verrechnung der Gewinnverteilung muß für jedes abgelaufene Geschäftsjahr spätestens beginnen mit der am 1. Juli des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres fällig werdenden monatlichen Prämienrate. Vorher ausgediente Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Gewinnverrechnung; während der Gewinnverrechnung ausgediente Versicherungsnehmer haben den Anspruch auf die Gewinnbeteiligung nur insoweit sie mit den Prämienraten, die ab 1. Juli fällig werden, verrechnet werden kann (vergl. Fußnote *).

§ 28. Änderung der AB.

Die Gesellschaft kann nach gemeinsamem Beschluß von Aufsichtsrat und Vorstand mit Zustimmung des Reichsaufsichtsamtes auch für bestehende Versicherungen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern. Eine etwaige vorzunehmende Änderung wird wirksam mit dem 1. desjenigen Monats, der auf die Zustimmung der Änderungsmittelteil folgt (vergl. § 6, Ziff. 1, Abs. 3).

*) In § 27 empfiehlt sich dringend die Lektüre des Merkblattes „Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Deutschen Kranken-Versicherungs-V.G.“ Ziff. 6.

Das Reichsaufsichtsamtsamt für Privatversicherung.

In Vertretung:
gez. Dr. Erman.



Merkblatt.

Erläuterungen zu den Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen
der Deutschen Kranken-Versicherungs-A.-G., Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Str. 26/27.

Ziffer 1.) Zu § 7. Dauer und Höchstbetrag der Leistungen.

Damit eine Versicherungs-Gesellschaft in der Lage ist, die Höhe ihrer Prämien einigermaßen genau zu kalkulieren, muß sie neben der durch statistische Untersuchungen gewonnenen Kenntnis über die Häufigkeit des Eintritts der versicherten Ereignisse die beim Versicherungsfall fällig werdende Leistung genau kennen wie z. B. in der Lebensversicherung. Wenigstens muß ihr, wenn die Höhe der Leistung nicht genau feststeht - wie z. B. in der Feuerversicherung - die beim Versicherungsfall fällig werdende Höchstleistung bekannt sein. Da in der Krankenversicherung, übrigens als einzigem Versicherungsweig, weder das eine noch das andere bekannt ist, muß man eine künstlich geschaffene Höchstleistungsgrenze einführen. Die Höchstleistung ist so bemessen, daß die Krankenversicherung ihren Zweck erfüllt, Unterstützung und Ersatz der Kosten nicht nur bei kleineren Krankheitsfällen, sondern insbesondere auch bei schweren Krankheiten zu gewähren und die Erkrankten vor zu großen Vermögensschädigungen zu bewahren.

Auf Festsetzung einer Höchstleistungsgrenze kann man nur verzichten, wenn man Nachschüsse fordern oder doch wenigstens die Prämien mit Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse erhöhen kann, falls man mit der gezahlten Prämie nicht auskommt. Die Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G. kann weder Nachschüsse fordern zur Deckung entstehender Fehlbeträge noch kann sie außertarifliche d. h. in ihrer Höhe nicht feststehende Beitragserhöhungen zur Verhütung oder Deckung von Fehlbeträgen vornehmen. Eine eventuelle Prämienenerhöhung, die stets nur im Rahmen der Tarifprämien möglich ist, ist an ganz bestimmte Voraussetzungen und Nachweisungen gebunden und nur mit Zustimmung des Reichsaufsichtsamtes möglich. Die Gesellschaft muß bei dieser Sachlage Höchstleistungen vorsehen.

Ziffer 2.) Zu § 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

Das Versicherungsgeschäft ist ein Vertrauensgeschäft. Die Versicherungsgesellschaft beurteilt ihr Risiko nur auf Grund der Angaben im Antrag. Sind diese Angaben wahrheitswidrig (was unter Umständen strafrechtlich als versuchter Betrug zu werten ist), so muß die Gesellschaft das Recht haben, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten bezw. ihn anzusechten. Jedenfalls ist der Versicherungsnehmer (Antragsteller) für alle Angaben des Antrages, auch dann, wenn die Beantwortung der Fragen von Agenten niedergeschrieben wurde, voll verantwortlich. Der Antragsteller muß daher den ausgefüllten Antrag vor Unterschriftsleistung genau durchlesen. Nur Schriftliches gilt, mündliche Erklärungen und Zusagen sind ungültig.

Ziffer 3.) Zu § 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

A. Alle Versicherten bilden eine Gefahrengemeinschaft nach dem Grundsatz: Einer für alle, alle für einen. Daraus folgt, daß jeder zu dem seinem Risiko entsprechenden Teil - sagen wir - in die gemeinsame Kasse einlegen muß, aus dem die Erkrankten den Kostenersatz erhalten. Leistet ein Versicherter seinen Anteil (die Prämie) an die gemeinsame Kasse nicht, so muß er aus der Gefahrengemeinschaft ausscheiden, d. h. die anderen leisten für ihn nicht, wenn er krank wird.

B. Der Betrieb einer Versicherung ist nur möglich, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der Eintritt des versicherten Ereignisses (z. B. der Tod, der Brand, die Krankheit) darf nicht bereits erfolgt sein, sondern muß in der Zukunft liegen.
2. Der Eintritt des versicherten Ereignisses muß irgendwie zufällig sein entweder derart, daß der Eintritt des versicherten Ereignisses überhaupt ungewiß ist oder daß, wenn dessen Eintritt gewiß ist, (z. B. der Tod) der Zeitpunkt ungewiß, eben zufällig ist.

Folgerung aus A. und B.

Aus A. und B. folgt, daß, wenn jemand, der mit der Beitragszahlung rückständig ist und während der Zeit des Bestehens des Rückstandes erkrankt, auch dann keine Ansprüche an die Gesellschaft stellen kann, wenn er, nachdem er erkrankt ist, die rückständigen Beiträge schnell nachbezahlt.

Ziffer 4.) Zu § 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft. - Wartezeiten.

Der Grund für diese Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen ist folgender:

Es ist klar, daß wie z. B. eine Feuerversicherung brennende Häuser nicht versichern kann, ebensowenig eine Krankenversicherung kranke Personen versichern kann, denn die Beiträge sind nur für den Fall berechnet, daß eine bei Abschluß der Versicherung gesunde Person im Laufe der Versicherungsdauer erkrankt. Bei den in § 13 Absatz 5a-c genannten Krankheiten handelt es sich um solche, die im allgemeinen nach ihrem Entstehen längere Zeit gebrauchen, bis sie Beschwerden bereiten und behandlungsbedürftig werden (vergleichbar einem Brande, der, ohne daß man ihn erkennt, unter der Oberfläche schwelt und, ohne erkannt zu sein, doch bereits vorhanden ist). Durch Einführung längerer Wartezeiten soll verhindert werden, daß für bereits vorhandene, aber noch nicht erkennbar gewordene Krankheiten Entschädigungen gezahlt werden, da derartige Fälle bei der Beitragskalkulation nicht berücksichtigt werden können, weil darüber kein statistisches Material vorliegt und auch nicht geschaffen werden kann. Außerdem soll verhindert werden, daß Personen, die wissen, daß sie krank sind, ohne daß der Arzt ohne weiteres die Krankheit erkennen kann, sich den Versicherungsschutz erschleichen zu Lasten der gesund in die Versicherung Eintretenden.

Bisher versuchten die Gesellschaften, die ja in Wirklichkeit nichts anderes sind als die Verwalter der „Gefahrengemeinschaft der Versicherten“, eine Leistung für Krankheiten, die eine längere Entwicklungszeit gebrauchen, bis sie erkennbar und behandlungsbedürftig werden, dadurch auszuschließen, daß sie in den Versicherungsbedingungen erklärten, vor Ablauf der Wartezeit vorhandene Leiden (sogenannte alte Leiden) seien nicht versichert. Der Versicherte dachte bei dieser Bestimmung im allgemeinen, daß ihm bekannte Leiden von der Erstattung ausgeschlossen seien, was er verständlich fand. Er dachte nicht daran, daß mit dieser Bestimmung auch Leiden erfaßt seien, die ihm unbekannt sind. Reichte er nun Rechnungen ein, so mußte er gelegentlich die Erfahrung machen, daß die Gesellschaft eine Leistung ablehnte mit dem Hinweis, daß es sich um ein altes Leiden handle. Daraus entstand Verärgerung und Mißtrauen, weil sich der Versicherte überfordert, ja betrogen fühlte.

Durch eine eindeutige jedem Laien verständliche Fassung der Bedingungen suchen wir dem Verständnis des Laien Rechnung zu tragen und vermeidbare Verärgerungen sowie das Entstehen von Mißtrauen zu unterbinden.

Ziffer 5.) Zu § 15, Abs. 4. Leistungsausschluß.

Die Bestimmung, daß Leistungen während eines Aufenthaltes in Badeorten, Sommerfrischen, Sanatorien usw. grundsätzlich nicht gezahlt werden, wird verständlich, wenn festgestellt wird, daß eine große Anzahl von Versicherten den Versuch macht, sich ihre Urlaubsreise durch die Versicherungsgesellschaften finanzieren zu lassen. Dazu ist selbstverständlich die Krankenversicherung nicht da. Die Krankenversicherung als Gefahrengemeinschaft kann nur den unbedingt notwendigen Aufenthalt im Krankenhaus bezahlen. Für vorbeugende Maßnahmen (Heilkuren usw.) kann sie keinen Ersatz gewähren. Ob im Rahmen des Möglichen aus bevölkerungspolitischen Gründen z. B. bei erhöhten Schwangerschaftsaufwendungen und Kinderoverschickungen (jugendliche Tuberkulose) Zuschüsse geleistet werden können, muß im Einzelnen geprüft werden und wird auch nach dem sonstigen Krankheitsrisiko im Einzelfall beurteilt.

Ziffer 6.) Zu § 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

Zur Erläuterung der Angaben über die Berechnung der Gewinnbeteiligung sei folgendes praktische Beispiel angeführt:

Der dem Gewinnfonds der Versicherten überwiesene Gesamtgewinn betrage RM 1 000 000.—
Es ist festgestellt, daß die gesamte gewinnberechtigende Monatsprämie RM 400 000.— beträgt.
Dabei entfällt auf die Prämieeinheit ein Gewinnanteil von RM 2.50. Wenn jemand RM 6.— Monatsprämie zahlt, so erhält er eine Gewinnbeteiligung von 6mal die Einheitsgewinnbeteiligung, das sind insgesamt 6mal RM 2.50 = RM 15.—.



Deutsche Kranken-Versicherungs-A.G.

Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Straße 26/27

Geschäftsstelle. Nr. Vertretung:
Antrags-Nr. Verf.-Schein Nr.

Antrag auf

Krankenhaustagegeldversicherung nach Tarif k I, k II oder k III
oder auf

Krankenhaustagegeldversicherung mit Einschluß des Berufsunfallrisikos nach Tarif k I, k II oder k III

Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen!

Anmerkung: Dieses Formular ist richtig und wahrheitsgemäß zu beantworten und vom Antragsteller zu unterschreiben. Striche und Zeichen sind unzulässig.

Nur neu nach Ablauf der Wartezeit entstehende Krankheiten begründen Anspruch auf Gewährung von Krankenhaustagegeld.

1. Vor- und Zuname: *Hillink Heinrich*

Ort und Straße: *Sachau am Sandberg*

Post/Kreis/Bezirk: *23.5.98*

2. Wann sind Sie geboren? *17.3.1898*

3. a) Welchen Beruf haben Sie? *Schriftfeller* ☒ verh. ☐ verm. ☐ ledig ☐ geschied.?
(Nicht zutreffendes durchstreichen.)

b) In welcher Branche sind Sie tätig? *38*

4. Welcher Tarif wird beantragt? *k* Beginn: *16.6.08*

Soll das Berufsunfallrisiko gegen Zahlung eines Prämienzuschlages von 50% der Tarifprämie eingeschlossen werden? — Ja. — Nein.

Wer soll mitversichert werden? *Maria*

a) Ehefrau *Maria* geb. am *16.6.08* Monatsprämie *75*
RM Pf.

b) sonstige Familienmitglieder:

1) " " " "

2) " " " "

3) " " " "

Soll für eines der Familienmitglieder das Berufsunfallrisiko gegen Zahlung eines Prämienzuschlages von 50% der Tarifprämie eingeschlossen werden? Ja. — Nein.

Für wen?: *1 75*

Zuzüglich Monatsprämie des Antragstellers *3 50*

Mithin Gesamt-Monatsprämie: *RM 75 Pf. 50*

6. Waren Sie oder die mitzuversichernden Angehörigen in den letzten 5 Jahren krank, oder haben Sie chronische Krankheiten und Gebrechen? *nein*
(Es sind auch Krankheiten anzugeben, die als unwesentlich angesehen werden.)

	für Personen über 15 Jahre	für Kinder bis 15 Jahre
a) Woran?	männlich	weiblich
b) Wann?	<i>nein</i>	<i>nein</i>

7. Sind Sie u. die mitzuversich. Personen vollkommen gesund u. erwerbsfähig? *ja*
8. a) Sind oder waren Sie bzw. die mitzuversich. Angehörigen in einer Krankenversicherung? *ja* Bei welcher Gesellschaft? *D. R. V.*
b) Ist ein bei einer Krankenversicherung gestellter Antrag schon einmal abgelehnt worden? *nein* Von welcher Gesellschaft? *Barmer*

9. Wurden irgendwelche Nebenabreden getroffen?

(Nebenabreden, die nicht von der Hauptverwaltung bestätigt werden, sind ungültig.)

Ich erkläre durch meine eigenhändige Unterschrift, daß ich die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen habe, und daß ich mich den Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen, deren Empfang ich hiermit bestätige, in allen Teilen unterwerfe. Es ist mir bekannt, daß ich für früher und jetzt vorhandene Krankheiten und Gebrechen — auch soweit sie in diesem Antrage angegeben sind — keinen Anspruch auf Leistungen habe. Ich halte mich an diesen Antrag 6 Wochen lang gebunden und erteile der Gesellschaft die Befugnis, über bestehende, frühere oder evtl. eintretende Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sozialen Versicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle als erforderlich zu erachtenden Erkundigungen einzuziehen. Ich ermächtige hiermit die betreffenden Ärzte usw., jede diesbezgl. Auskunft der Gesellschaft zu erteilen. Wird mein Antrag angenommen, so verpflichte ich mich hierdurch rechtsverbindlich zur Einlösung des auf Grund dieses Antrages ausgestellten Versicherungsscheines durch Zahlung der darin festgesetzten Prämie zuzüglich Versicherungsscheingeühr. Ich erkenne an, daß ich im Falle der Ablehnung des Antrages auf Krankenhaustagegeldversicherung mit Einschluß des Berufsunfall-Risikos an den gleichen Antrag ohne Einschluß des Berufsunfall-Risikos gebunden bin.

Sarkani

den 15. 6. 19...

(Unterschrift des Ehemanns bzw. des gesetzlichen Vertreters, wenn der Antrag von einer Ehefrau bzw. einem Minderjährigen gestellt wird.)

An den Vertreter sind gezahlt:	
Aufnahmegebühr . . . RM	<i>3.50</i>
1. Monatsprämie . . . RM	<i>5</i>
	RM

(Unterschrift des Antragstellers.)

Mayen Willi

(Unterschrift des Vermittlers.)

Der Vermittler ist berechtigt, die Aufnahmegebühr und die erste monatliche Prämie bei Antragsaufnahme zu kassieren. Die Gesellschaft haftet für diese Beträge nur, wenn der Antrag von ihr angenommen wird.

Weitere Monatsprämien dürfen nur auf d. Postsparkonto der zur Zahlung schriftlich auffordernden Geschäftsstelle (Landesdirekt., Bezirksdirekt., Filialdirekt.) gezahlt werden.



Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

Landesdirektion Bayern und Württemberg, München, Weinstraße 8, "

Postcheckkonto: München 6632

Telefon: 10751/2

Antragsbestätigung.

Hiermit bestätigen wir Ihnen bestens dankend den Eingang Ihres Antrages auf Krankenversicherung. Einen Prospekt und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu dem Tarif, nach dem Sie bei uns Antrag gestellt haben, fügen wir bei mit der Bitte, beide Unterlagen einer genauen Durchsicht zu unterziehen, damit sich über die gegenseitigen Rechte und Pflichten Meinungsverschiedenheiten nicht ergeben.

Den Antrag leiteten wir in der Zwischenzeit an unsere Hauptverwaltung weiter, die Ihnen nach Prüfung des Antrages weitere Mitteilung zugehen lassen wird.

An den Aufnahmevertreter zahlten Sie laut Quittung auf dem Antragsformular die unten aufgegebenen Beträge, die wir nach Policierung des Antrages entsprechend verbuchen werden.

Wir gestatten uns, bei dieser Gelegenheit ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, daß Vertreter unserer Gesellschaft nur dann berechtigt sind, weitere Prämien bei Ihnen in Empfang zu nehmen, wenn sie eine der Quittungen, wie sie umstehend im verkleinerten Maßstabe abgebildet sind, vorzeigen. Im übrigen weisen wir noch darauf hin, daß Sie sich die Prämienzahlung erleichtern und verbilligen können, wenn Sie ein Postcheck-, Bankcheck- oder Sparkassenscheck-Konto besitzen, (nicht jedoch Sparkassen- oder Bank-Sparbuch-Konto.) In diesem Falle können Sie Ihrer kontoführenden Stelle durch unsere Vermittlung einen Dauerauftrag erteilen, auf Grund dessen Ihre Prämie zu Beginn eines jeden Monats von Ihrem Konto abgebriebeu wird, ohne daß Sie, wie es sonst notwendig ist, jeden Monat besonderen Auftrag hierzu erteilen müssen. Die Abbuchung erfolgt nur von Scheckkonten nicht jedoch von Sparbuch-Konten. Wir fügen ein Formular eines Dauerauftrages bei, das Sie uns gegebenenfalls unterschrieben und entsprechend vervollständigt zurückgeben wollen.

Wir hoffen, daß unsere gegenseitigen Beziehungen sich angenehm gestalten werden und bitten Sie gleichzeitig, unsere Gesellschaft in Ihrem Bekannten- und Verwandtenkreise zu empfehlen. Für Interessenten bitten wir, den beiliegenden Gutschein zu verwenden.

Mit deutschem Gruß

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

An den Aufnahmevertreter zahlten Sie:

Aufnahmegebühr	RM	1.50
Versicherungscheingebühren und		
Verwaltungskosten	RM	
1. Monatsprämie	RM	3.50
Jnsgesamt	RM	5.00

Tag der Absendung: 22.6.37

Anlagen!



DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.

Quittung über RM

Lfd. Nr.

Herrn _____ für Pol.Nr. _____
 Von Frau _____
 Fräulein _____
 Ort: _____ für _____ -Prämie RM _____
 " " " " -Gebühr " _____
 " " " " " " _____
 Sa. RM _____

RM

erhalten zu haben, bescheinigt

Deutsche
Kranken-Versicherungs-A.-G.
Die Filialdirektion

den _____ 193

(Unterschrift des Einzahlers)

Prämien-Rechnung für
Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.
 Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Str. 26/27
 Geschäftsstelle:
 Tarif _____



Nr. _____
 Beginn: _____

Werben Sie für uns!
 Je höher die Zahl der Versicherten,
 desto größer unsere
 Leistungen.
 Wenden
 Sie sich an unsere
 Verwaltung.

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.
 Die Hauptverwaltung

RM
 Monatsprämie: _____

Achtung!

Für jede Versicherung, die auf
 Ihre Empfehlung zustande
 kommt, erhalten Sie auf Wunsch
 eine Vergütung.

Quittung
 Prämie für Abholung RM
 5% Verzugszuschlag " "
 erhalten. zusammen " "
 den _____ 193



DEUTSCHE
KRANKEN-VERSICHERUNGS-AKT.-GES.

Mahnprämienrechnung

Der Inhaber dieser Mahnprämienrechnung ist
 berechtigt, die für den Monat _____ 193
 rückständige Prämie nebst Gebühren zu erheben.

Es ist zu zahlen:

Prämie für den Monat _____ 193 RM. _____
 5% Verzugszuschlag gem. § 5 d. A.V.B. " _____
 Einziehungsgebühr " § 5 d. A.V.B. " _____
 Portoersatz " " _____
 Insgesamt RM. _____

Name: _____
 Vers.-Sch. Nr. _____
 ausgef. am: _____
 Rückg.-Frist am: _____

Quittung

Obigen Betrag habe ich erhalten

den _____ 193

(Unterschrift)

ikgs



DEUTSCHE
KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G. ZU BERLIN
LANDESDIREKTION FÜR BAYERN UND WÜRTTEMBERG

Postscheckkonto:
München Nr. 6532

Fernruf:
10751-2

Bankkonto: Deutsche Bank und Diskonto-Gesellschaft
Filiale München

Deutsche Kranken-Versich.-A.-G., München, Weinstrasse 8, II

Herrn
Dr. Heinrich Zillich

Dachau/Obby.
Am Sandberg

München
Weinstrasse 8, II

Ihre Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Vers.-Schein Nr.:
1.218.860-61

Unsere Zeichen:
Ste.

Tag:
15.7.37.

Betreff: Einlösung des Versicherungsscheines.

Von unserer Hauptverwaltung ist uns zwischenzeitlich der auf Grund des von Ihnen gestellten Antrages gefertigte Versicherungsschein zugegangen, den wir Ihnen anbei überreichen. Die von uns vorgenommene Abrechnung finden Sie am Ende dieses Briefes. Wir bitten, den dort verzeichneten Betrag unter Verwendung der gleichfalls beigefügten Zahlkarte an uns zu übersenden.

Im übrigen bitten wir höflichst, davon Vormerkung zu nehmen, dass die Prämien jeweils am 1. eines jeden Monats fällig sind und bis spätestens 10. in unserem Besitz sein müssen. Zahlungen wollen Sie bitte nur auf unser Postscheckkonto leisten, in keinem Falle an irgend einen Vertreter, da die Vertreter ausnahmslos nicht berechtigt sind, irgendwelche Prämienzahlungen über die bei Antragstellung geleistete Anzahlung hinaus rechtsgültig entgegenzunehmen.

Sollten Sie jetzt und für die Zukunft irgendwelche Fragen haben, bitten wir, uns dies wissen zu lassen, damit wir Ihnen Aufklärung geben und gegebenenfalls unseren Rat erteilen.

Mit deutschem Gruss!
Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.
Die Geschäftsstelle:

Zahlkarte!

Prämie bis inkl. 7.37.RM	7.--
Vers.Schein-Gebühr RM	-.50
Aufnahmegebühr RM	1.50
Verwaltungskosten RM	-.25

Sie zahlten ./.	RM 9.25
	RM 5.--

Es bleibt zu zahlen RM	4.25
------------------------	------

F 13

Bei Zuschriften und Geldsendungen bitte Versicherungsschein-Nr. angeben.

19.7.1937

An die
Deutsche Krankenversicherungs-A.G.
Landesdirektion für Bayern und Württemberg
München
Weinstr. 8/II.

Vers.-Sch. 1.218.860-61

Sehr geehrte Herren,
ich bestätige Ihnen den Empfang des Versicherungsscheins für meine
Krankenhaus-Tagegeld-Versicherung. Bei Abschluss der Versicherung
stellte ich einen Dauerauftrag für die Prämienzahlung aus und übergab
ihn Ihrem Vertreter. Darum war ich erstaunt, dass Sie am 1. Juli die
fällige Prämie von 3.50 Mark bei meiner Bank nicht abgehoben haben.
Ich übergebe Ihnen nun nochmals einen schriftlichen Dauerauftrag zur
monatlichen Einziehung der Prämie bei meiner Bank in München, bitte
Sie aber davon erst ab 1. August Gebrauch zu machen, da ich Ihnen
die Prämie ^{bar für} einschliesslich des von mir noch geschuldeten Betrags, also
insgesamt 4.25 Mark, heute durch Zahlkarte zugehen lasse.

Mit deutschem Gruss

1 Beilage



Neufassung des § 27 der Allg. Vers.-Beding. für die Tarifgruppe „N“ Abrechnungsverband A

„Die Versicherungen der Tarifgruppe N mit Ausnahme der Tarife NTZ und NKU nehmen gemäß Satzung der Gesellschaft und gemäß einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftsmäßigen Erklärung an dem nach Vornahme aller satzungsgemäßen Rückstellungen und Austeilungen verbleibenden Reingewinn mit mindestens 75% unter folgenden Bedingungen teil:

Teilnahmeberechtigt sind nur diejenigen Versicherungen, für die am Ende eines Geschäftsjahres (Kalenderjahr) die Prämienraten für mindestens 12 Monate gezahlt sind und für die kein Prämienrückstand besteht.

Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird wie folgt ermittelt:

Der gesamte zur Austeilung an die Versicherten bestimmte Gewinn wird durch den zwölften Teil der im Geschäftsjahr für die gewinnberechtigten Versicherungen vereinnahmten Prämien dividiert. Das Divisionsergebnis ist die in Hundertteilen einer Monatsprämienrate ausgedrückte Gewinnbeteiligung für die einzelne gewinnberechtigte Versicherung.

Zur Austeilung gelangen stets nur Gewinnanteile, die ein volles Vielfaches einer Monatsprämienrate ausmachen. Verbleibende Reste werden solange auf die Folgejahre vorgetragen, bis sie ein volles Vielfaches einer Monatsprämienrate ergeben.

Die Gewinnverteilung erfolgt grundsätzlich durch Verrechnung mit der laufenden Prämie. Eine Barauszahlung wird nicht gewährt, ausgenommen in dem Fall, in dem nach Beendigung des Geschäftsjahres

die Versicherung infolge Pflichtversicherung oder Einberufung zum Heeres- oder Arbeitsdienst erlischt.

Die Verrechnung der Gewinnverteilung soll für jedes abgelaufene Geschäftsjahr spätestens beginnen mit der am 1. Juli des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres fällig werdenden monatlichen Prämienrate. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Gewinnverrechnung; während der Gewinnverrechnung ausscheidende Versicherungsnehmer haben den Anspruch auf die Gewinnbeteiligung nur, soweit sie mit den Prämienraten, die ab 1. Juli fällig werden, verrechnet werden kann."

Genehmigt durch Verfügung vom 8. 9. 1943, Nr. III C 3187/71.

Das Reichsaufsichtsamt für das Versicherungswesen:

In Vertretung:

(gez.) P l a s s





Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Straße 26/27

Prämientabelle

für Krankenhaus-Tagegeld-Tarife NK 1, NK 2, NK 3

mit Gewinnbeteiligung gemäß besonderem Gewinnverband innerhalb des Abrechnungsverbandes A

Aufnahmegebühr für Einzelpersonen	DM 1.—
für Familien	DM 1.50
Versicherungsbeitragsgebühr	DM 0.50

Monatliche Prämien:

Lebensalter	NK 1*)	NK 2*)	NK 3*)
	DM	DM	DM
0—15	0.50	0.75	1.75
16—45	1.—	1.75	4.—
46—60	1.50	2.50	6.—

*) Es kann jeweils für eine Person nur nach einem Tarif — entweder nach Tarif NK 1 oder NK 2 oder NK 3 — abgeschlossen werden.

Berufsunfälle sind in den vorstehenden Prämien nicht mitversichert, können aber lt. nachstehendem Zusatzprämientarif eingeschlossen werden.

Zusatzprämien für DM 1.— Krankentagegeld bei Einbruch des Berufsunfallrisikos

gemäß der Gefahrenklassen-Einteilung des Tarifes für Einzel-Unfallversicherung

Gefahrenklasse	Monatliche Prämie	Gefahrenklasse	Monatliche Prämie
1	DM —.—	5	DM —.25
2	" —.10	6	" —.35
3	" —.15	7	" —.60
4	" —.20	8	" —.85

Versicherungsbedingungen für die Tarifgruppe „N“

Z 1 und 2 unter Ziffer 6
unter Ziffer 5
unter Ziffer 7
unter Ziffer 8
unter Ziffer 9

Freiheit kann seitens der Gesellschaft bei Krankheiten, Fehllern, Unfällen und Verletzungen sowie gemacht werden, wenn diese im Aufnahmeantrag angezeigt und seitens der Gesellschaft durch einen Versicherungsschein vom Versicherungsschutz nicht

1950, Nr. IV - a - 3/50

tsantes
Abw.

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.
Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Str. 26/27

Ab 1. 3. 1949 einen Krisen-Zuschlag von 20 %

Anlage zum Versicherungsschein!

Ergänzung des § 15 der Allgemeinen V

zu den Tarifen N1-N5 und N
 " " " NT, NTA, NTZ
 zum Tarif NK 1-3
 zum Tarif KO 1-3
 zu den Tarifen E und SET

„Der Einwand der Leistungs-
 heiten, Anomalien, körperlich
 deren Folgen nicht geltend ge-
 seitens des Antragstellers ang-
 ausdrücklichen Vermerk im V
 ausgeschlossen sind.“

Genehmigt durch Verfügung vom 9. 1.

Das Zonenamt des Reichsaufsich-
 für das Versicherungswesen i.
 in Hamburg

Anmerkung zum Krankenhausstagegeldtarif NK 1, NK 2 und NK 3

1. Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahre erhalten halbes Kranken-
 haustagegeld.
2. Alleinstehende Frauen (verwitwete, geschiedene oder von ihrem Mann
 getrennt lebende Ehefrauen ohne Kinder) und unverheiratete weib-
 liche Personen, die keine Kinder haben, können gegen einen Zuschlag
 von 20% auf die Tarifprämie allein versichert werden, jedoch nur
 nach Tarif NK 1.
3. Ehefrauen mit und ohne Kinder sind allein versicherbar gegen 10%
 Zuschlag zur Tarifprämie, jedoch nur nach Tarif NK 1.
4. Einzelversicherungen von Kindern sind ausgeschlossen.
5. Einzelanträge können nur zu einer Mindestprämie von DM 2— pro
 Monat angenommen werden, es sei denn, es handelt sich um Zusat-
 anträge von bereits bei uns versicherten Personen oder die monat-
 liche Prämie wird vierteljährlich im voraus gezahlt.
6. Unfallrisiko ohne Wartezeit wird übernommen.
7. Leistungsdauer für Krankenhausstagegeld: Erfolgt die Krankenhaus-
 behandlung erstmalig innerhalb der
 1.—13. Woche 14.—52. Woche 53.—104. Woche
 so leistet die Gesellschaft: 13 15 20
 nach Ablauf der 104. Woche 26 Wochen lang.

Leistungsleistungen:

Krankenhaustage- geld gemäß § 19 der A. V. B. . . .	NK 1	NK 2	NK 3
	DM 5.—	DM 10.—	DM 15.—

Bei den überaus niedrigen Beiträgen ist portofreie Überweisung der
 Prämie an die Gesellschaft Bedingung und Ertrag aller durch nicht
 rechtzeitige Prämienzahlung entstehenden Portoauflagen und Geschäfts-
 unkosten (Gebühren) erforderlich.

Neuheit:

Verzicht auf Einreden (z. B., daß es sich um
 ein bereits vorhandenes sogenanntes altes
 Leiden handelt), wenn die erstmalige Behand-
 lung eines dem Versicherten unbekannten
 Leidens nach Ablauf der bedingungsgemäßen
 Wartezeiten erfolgt.

Anlage zum Versicherungsschein!

Ergänzung des § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarifgruppe „N“

zu den Tarifen N1–N5 und NZ 1 und 2	unter Ziffer 6
„ „ „ NT, NTA, NTZ	unter Ziffer 5
zum Tarif NK 1–3	unter Ziffer 7
zum Tarif KO 1–3	unter Ziffer 8
zu den Tarifen E und SET	unter Ziffer 9

„Der Einwand der Leistungsfreiheit kann seitens der Gesellschaft bei Krankheiten, Anomalien, körperlichen Fehlern, Unfällen und Verletzungen sowie deren Folgen nicht geltend gemacht werden, wenn diese im Aufnahmeantrag seitens des Antragstellers angezeigt und seitens der Gesellschaft durch einen ausdrücklichen Vermerk im Versicherungsschein vom Versicherungsschutz nicht ausgeschlossen sind.“

Genehmigt durch Verfügung vom 9. 1. 1950, Nr. IV - a - 3/50

Das Zonenamt des Reichsaufsichtsamtes
für das Versicherungswesen i. Abw.
in Hamburg

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.
Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Str. 26/27

Deutsche Kranken- Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin

Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Straße 26/27



Allgemeine
Versicherungs-Bedingungen
für den Sozialversicherungs-Ergänzungstarif SET

SET



Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für den Sozialversicherungs-Ergänzungstarif SET

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und des Tarifs während der Dauer des Versicherungsvertrages für den infolge einer Krankheit aus medizinischen Gründen — also nicht z. B. wegen besserer Pflege und Verpflegung — notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt ein Verpflegungsgeld, Ersatz von Arzt-, Arznei- und Operationskosten sowie etwa berechneter Nebenkosten, wenn der Krankenhausaufenthalt durch einen Arzt des Sozialversicherungsträgers angeordnet ist.

Die medizinische Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung besteht nur für die Zeit, während der eine solche Behandlung nach objektivem ärztlichem Befund erforderlich ist.

Ob eine Krankenhauspflege medizinisch notwendig ist, entscheidet im Streitfall der Gesellschaftsarzt. Die Feststellung des Gesellschaftsarztes ist maßgebend, sofern sie nicht offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch richterliches Urteil.

Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach ärztlichem Urteil anomaler körperlicher oder geistiger Zustand. Als Krankheit gelten auch Unfälle (vgl. § 13 Ziff. 4a). Als Krankheit gelten nicht Berufsunfälle und deren Folgen, sofern nicht dieses Risiko gegen Zahlung einer Unfallzusatzprämie ausdrücklich eingeschlossen ist. Daß es sich nicht um einen Berufsunfall handelt, hat der Versicherungsnehmer zu beweisen. Berufskrankheiten werden den Berufsunfällen gleichgestellt.

§ 2. Versicherungsfähigkeit.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet der Gesellschaft wohnenden gesunden Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und Pflichtversicherte der Sozialversicherung (Krankenversicherung) sind.

Außerdem sind in Verbindung mit der Versicherung des Pflichtversicherten aufnahmefähige Ehefrauen und Kinder sowie sonstige Familienangehörige, die mit dem Pflichtversicherten in häuslicher Gemeinschaft wohnen und bei der Sozialversicherung (Krankenversicherung) leistungsberechtigt sind.

§ 3. Versicherungsantrag.

1. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierzu bestimmten Vordruck zu stellen. Eine Aufnahme- und Schreibgebühr wird in der im Tarif festgesetzten Höhe erhoben. Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden.

2. Über die Annahme des Antrages entscheidet der Vorstand. Die Annahmeerklärung erfolgt in der Regel durch Aushändigung oder Angebot des Versicherungsscheins. Für die Ablehnung brauchen Gründe nicht angegeben zu werden; sie ist aber dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Die Aufnahme- und Schreibgebühr ist von der Gesellschaft zurückzuerstatten, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

3. Die Annahme des Antrages kann von einem Altersnachweis abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.

4. Dem Antragsteller müssen die Versicherungsbedingungen mit dem zugehörigen Tarif spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheins übergeben werden.

5. Der Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer erteilt der Gesellschaft für sich und seine von ihm gesetzlich vertretenen Familienangehörigen die Befugnis, über bestehende oder frühere Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sozialen Versicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt die betreffenden Ärzte, Versicherungsträger, Krankenanstalten, Behörden usw., der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen. Die gleichen Verpflichtungen haben die geschäftsfähigen mitversicherten Personen.

§ 4. Willenserklärungen.

1. Alle Willenserklärungen und Anzeigen, die nach Stellung des Versicherungsantrages oder bei oder nach Abschluß des Versicherungsvertrages der Gesellschaft gegenüber abgegeben werden, haben nur dann rechtliche Wirkung, wenn sie dem Vorstand schriftlich zugegangen sind. Agenten sind zur Entgegennahme von Willenserklärungen nicht befugt.

2. Sofern ein Versicherungsnehmer der Gesellschaft eine Wohnungsänderung nicht mitgeteilt hat, genügt es für die Rechtswirksamkeit einer dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn diese an die letzte der Gesellschaft bekannte Anschrift durch eingeschriebenen Brief abgesandt ist. Die Erklärung ist von dem Zeitpunkte an wirksam, an dem sie ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

3. Kündigung, Anfechtung und Rücktrittserklärung der Gesellschaft sollen durch eingeschriebenen Brief erfolgen.

§ 5. Versicherungsbeginn und Versicherungsende.

A 1. Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämienrate einschließlich Nebengebühren gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Leistungspflicht der Gesellschaft setzt erst mit der Einlösung des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt ein. Sind bei Antragstellung bereits die Beträge entrichtet, die zur Einlösung des Versicherungsscheins erforderlich sind, so setzt die Leistungspflicht der Gesellschaft mit dem Zugang der Annahmeerklärung seitens der Gesellschaft bei dem Versicherungsnehmer bzw. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins ein.

2. Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrage oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht.

Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn die Gesellschaft den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins darauf hingewiesen hat, daß Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht. Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk in dem Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.

Hat die Gesellschaft den Vorschriften des Abs. 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich.

Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

B 1. Der Versicherungsvertrag endet durch:

- fristmäßige Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
- fristmäßige Kündigung durch die Gesellschaft,
- Tod,
- Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geschäftsgebiets der Gesellschaft,
- Ausscheiden aus der Pflichtversicherung, und zwar gleichzeitig für alle mitversicherten Personen (s. B Ziff. 2, Abs. 2),
- Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen, durch die Heilfürsorge bedingt ist,
- Eintritt völliger Invalidität oder Einweisung in eine Heilanstalt oder in ein Siechenheim,
- Rücktritt,
- Anfechtung,
- fristlose Kündigung des Versicherungsvertrages.

2. Für Versicherte, die gemäß Ziff. 1 a—g ausgeschieden sind, sind Prämien bis zum Schluß des Versicherungsvertrages zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Gesellschaft unverzüglich sein Ausscheiden aus der Pflichtversicherung anzuzeigen. Kommt er seiner Anzeigepflicht nicht nach und tritt der Versicherungsfall nach dem Ausscheidetermin ein, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei (vgl. B Ziff. 1 e).

§ 6. Kündigung.

1. Nach Ablauf der im Versicherungsschein festgesetzten Dauer verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf (die Kündigung muß bereits am letzten Tag des vorletzten Monats des Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eingegangen sein) von einem der vertragschließenden Teile durch eingeschriebenen Brief gekündigt worden ist. Darauf, daß der Brief nicht eingeschrieben war, können sich weder die Gesellschaft noch der Versicherungsnehmer berufen, wenn im übrigen die schriftlich erfolgte Kündigung rechtzeitig eingegangen ist.

Im Falle einer Änderung der Bedingungen und Tarife gemäß § 28 kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Schluß des zweiten Monats nach dem Wirksamwerden der Änderung kündigen.

2. Das Recht, den Versicherungsvertrag zu kündigen, hat die Gesellschaft nur bis zum Schluß des dritten Versicherungsjahres. Nach Ablauf dieser Frist ist der Versicherungsvertrag — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus den §§ 8 und 10 — seitens der Gesellschaft unkündbar.

3. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer und in den Fällen des § 5 B Ziff. 1 d—g auch während eines Krankenhausaufenthalts (vgl. § 1) nur bis zum Schluß des Versicherungsjahres.

4. Hat die Gesellschaft im Zeitpunkt ihrer Kündigung (vgl. § 5 B Ziff. 1 b) den Schadenfall gekannt, so erstreckt sich der Anspruch auf Versicherungsleistungen für laufende Schadenfälle nur bis zum Ablauf des dritten Monats nach Schluß des Versicherungsvertrages, nicht aber über eine längere Zeit, als die Leistungspflicht der Gesellschaft nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht, und nicht über die in den Versicherungsbedingungen genannten Höchstbeträge hinaus. Laufende Schadenfälle sind bei Beendigung des Krankenhausaufenthalts als abgeschlossen anzusehen.

Hat die Gesellschaft im Zeitpunkt ihrer Kündigung den Schadenfall nicht gekannt, so erstreckt sich der Anspruch auf Versicherungsleistungen auch für laufende Schadenfälle nur bis zum Schluß des Versicherungsvertrages.

5. Kündigt die Gesellschaft den Versicherungsvertrag nur für mitversicherte Personen, so kann der Versicherungsnehmer den gesamten Vertrag zum gleichen Termin kündigen, aber nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen seit Empfang der Kündigung durch die Gesellschaft.

§ 7. Leistungsdauer, Aussteuerung.

1. Unter der Voraussetzung, daß die Wartezeiten des § 13 erfüllt sind und eine Leistungspflicht der Gesellschaft vorliegt, gelten bezüglich der Leistungen der Gesellschaft folgende Bestimmungen:

Grundsätzlich gewährt die Gesellschaft für die Behandlung einer Krankheit die Entschädigung ohne Beschränkung durch einen Höchstentschädigungsbetrag oder eine Höchstleistungsdauer.

2. Für die klinische Behandlung einer Krankheit während der ersten drei Versicherungsjahre gelten folgende Einschränkungen:

- Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig im ersten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 20 Wochen.
- Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig im zweiten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 26 Wochen.
- Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig im dritten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 39 Wochen.

Die jeweils genannte Leistungsdauer umfaßt auch verschiedene Krankheiten, die während eines Krankenhausaufenthalts gleichzeitig behandelt werden.

Ist für die unter a—c genannte Zeit geleistet worden, so besteht für die behandelte Krankheit kein weiterer Anspruch auf Leistungen.

Der Beginn der Leistungsdauer wird gerechnet vom ersten Tage der Krankenhausbehandlung an.

Die Leistungspflicht der Gesellschaft bleibt bestehen für alle anderen Krankheiten, die nicht gemäß den vorstehenden Bestimmungen ausgesteuert und die nicht Folgen der ausgesteuerten Krankheiten sind.

§ 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

1. Hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine mitversicherte Person bei dem Abschluß, der Abänderung oder der Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, so kann die Gesellschaft nach Maßgabe der §§ 16 bis 22 VVG (Versicherungs-Vertrags-Gesetz) vom Vertrage zurücktreten, ihn anfechten oder ihn mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Rechte der Gesellschaft aus dem vorstehenden Absatze entfallen aber nach fünfjährigem Vertragsverhältnis oder nach Ablauf von fünf Jahren seit Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages, es sei denn, daß wegen folgender Krankheiten die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt ist: Lues, Tuberkulose, Stoffwechsel- und rheumatische Erkrankungen, Steinleiden, Krampfadern sowie Narbenbrüche, Geisteskrankheiten, bei Kindern außerdem Knochen- und Wachstumsveränderungen.

Wenn der Versicherungsnehmer während der Dauer des Versicherungsvertrages durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht ist die Gesellschaft berechtigt, gemäß § 41 VVG zu verfahren.

Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf mitversicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, innerhalb zwei Wochen seit Zugehen der Rücktrittserklärung mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

2. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich im Falle der Kündigung im Sinne dieses Paragraphen auch für laufende Schadenfälle nur auf den Vermögensschaden, der bis zum Zugehen der Kündigung entstanden ist.

3. Das Recht der Gesellschaft zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 BGB bleibt unberührt.

§ 9. Prämienleistungen.

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Jahresprämien nach dem dem Versicherungsvertrage zugrunde liegenden Tarife entsprechend dem Alter zur Zeit des Beginns des Versicherungsvertrages zu zahlen. Eine Erhöhung der Prämie mit dem

Alterwerden des Versicherten ist nur im Rahmen des Tarifs für Kinder zulässig, sobald sie das 15. Lebensjahr vollendet haben.

2. Die Jahresprämie ist im Voraus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Die Zahlung kann aber in monatlichen Raten erfolgen. Die erste monatliche Prämienrate ist bei Einlösung des Versicherungsscheins zu zahlen (vgl. § 5). Die übrigen Prämienraten gelten als gestundet, können aber von der Gesellschaft im Schadenfalle aufgerechnet werden. Die jeweilige Prämienrate ist am Ersten des betreffenden Monats im Voraus zu zahlen.

3. Die Gesellschaft ist jederzeit berechtigt, vom Versicherungsnehmer auf seine Kosten einen amtlichen Altersnachweis zu verlangen. Im Falle unrichtiger Altersangabe ist — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus § 8 — die zu wenig gezahlte Prämie zuzüglich 5% Verzugszinsen nachzuzahlen; etwa zuviel gezahlte Prämien werden auf die folgenden Prämienzahlungen angerechnet oder zurückgezahlt.

4. Die Prämie ist auch nach Eintritt des Versicherungsfalles und während des Bezuges von Schadensleistungen zu zahlen. Die Prämie ist eine Bringschuld und an die zuständige Zahlstelle portofrei zu entrichten. Der Gesellschaft steht es frei, die Prämie gegen eine Abholungsgebühr bis zu 5% jeder Prämienrate, höchstens aber DM 0,50, abholen zu lassen.

5. Stundung der Prämie kann nur vom Vorstand der Gesellschaft schriftlich genehmigt werden.

§ 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

1. Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so ist die Gesellschaft, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei.

2. Wird die Zahlung einer Folgeprämie oder die Zahlung einer Folgeprämienrate (vgl. § 9) nicht rechtzeitig bewirkt, so werden die gestundeten Raten des laufenden Versicherungsjahres sofort fällig. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung einer Prämie oder Prämienrate kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld — mit dem Hinweis auf die Unwirksamkeit der Stundung des § 9 — und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die rückständige Prämienrate und die weiteren fällig gewordenen Prämienraten innerhalb einer Nachfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Gesellschaft bezeichnete Stelle portofrei zu zahlen. Neben den Porto- und Mahnkosten können einmalige Verzugsgebühren bis zu 5% jeder rückständigen Prämienrate, höchstens aber DM 2,— für jede Prämienrate, erhoben werden.

Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der fällig gewordenen Prämie, Gebühren oder Kosten ganz oder teilweise im Verzuge, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei. Auch ist die Gesellschaft berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Recht der Gesellschaft zur Beitreibung der fällig gewordenen Prämie und Nebenleistungen bleibt unberührt.

3. Die Gesellschaft kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag dergestalt kündigen, daß die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist.

4. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der fällig gewordenen Prämie und Nebenleistungen nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

5. Solange nicht gekündigt und kein Versicherungsfall eingetreten ist, kann der Versicherungsnehmer seinen Verzug dadurch beenden, daß er portofrei an die Gesellschaft diejenige Prämie, die ohne Verzug bis zur Zahlung fällig geworden wäre, sowie die Nebenleistungen zahlt. In diesem Falle tritt die Stundung der Prämie für die folgenden Monate bis zum Schluß des Versicherungsjahres aus § 9 erneut in Kraft.

6. Die Gesellschaft ist nicht berechtigt, über das beim Ablauf der Mahnfrist laufende Versicherungsjahr hinaus Prämien zu fordern.

§ 11. Abtretung und Aufrechnung von Ansprüchen.

1. Steht dem Versicherungsnehmer oder Versicherten ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf die Gesellschaft über, soweit diese dem Versicherungsnehmer oder Versicherten Erstattung gewährt. Unter diese Bestimmung fallen aber nicht die Ansprüche, die ein Versicherungsnehmer auf Grund öffentlich- oder privatrechtlicher Versicherungsverträge hat, wenn er nicht aus diesen Versicherungsverträgen den Ersatz der gleichen ihm entstandenen Kosten für den Schadenfall zu beanspruchen hat.

2. Soweit der Versicherungsnehmer von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aus anderen Versicherungsverträgen Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist die Gesellschaft berechtigt, den Ersatz auf ihre Leistungen anzurechnen.

3. Liegt ein Unfall vor, so tritt eine Leistungspflicht der Gesellschaft nicht ein, soweit Versicherungsschutz bei einer gesetzlichen Unfallversicherung besteht.

4. Die Verpflichtung der Gesellschaft zum Ersatz solcher Ansprüche, die ein Versicherungsnehmer auf Grund einer gesetzlichen Zwangsversicherung bei deren Träger (z. B. Berufsgenossenschaft) geltend machen kann, tritt erst ein, wenn die Zwangsversicherung die von ihm beanspruchten Leistungen entweder bereits gewährt oder rechtskräftig abgelehnt hat, sofern das Berufsunfallrisiko gegen einen Prämienzuschlag besonders versichert ist.

5. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung der Gesellschaft auf, so wird die Gesellschaft insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

6. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können vom Versicherungsnehmer weder verpfändet noch abgetreten werden. Gegen Forderungen der Gesellschaft kann der Versicherungsnehmer weder aufrechnen noch ein Zurückbehaltungsrecht geltend machen.

§ 12. Ausschlussfristen, Verjährung, Erfüllungsort und Gerichtsstand.

1. Sind Ansprüche auf Versicherungsleistungen abgewiesen, so muß die Klage auf diese Ansprüche innerhalb einer Ausschlussfrist von 6 Monaten, vom Zugehen des Abweisungsbeschlusses an gerechnet, zugestellt sein. In dem Abweisungsbescheid ist auf die mit Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hinzuweisen.

2. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verlangt werden können.

3. Leistungs- und Erfüllungsort für beide Teile sind die Geschäftsräume am Sitz der Gesellschaft. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsvertrage gegen die Gesellschaft erhoben werden, auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

4. Kosten der Überweisung von Erstattungsbeträgen werden von der zur Auszahlung gelangenden Summe abgezogen.

§ 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft (Wartezeiten).

1. Ansprüche auf Versicherungsleistungen gegen die Gesellschaft entstehen grundsätzlich für Krankheiten, die erstmals nach Ablauf der Wartezeit behandelt werden. Die Wartezeit wird von dem im Versicherungsschein angegebenen Tag des Versicherungsbeginns an gerechnet.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

3. Für die nachfolgend bezeichneten Krankheitsgruppen beträgt die Wartezeit sechs Monate:

Konstitutionelle Krankheiten — wie z. B. kindliche Diathesen und Rachitis —, Knochen- und Gelenkdeformitäten, Osteomyelitis, Eingeweidebrüche (Hernien), Wucherungen, Cysten, Geschwülste, chronische Hauterkrankungen, grauer Star, chronische Hals-, Ohren- und Nasenerkrankungen, Kiefererkrankungen, Magen- und Darmgeschwüre, chronische Luftröhren- und Lungenerkrankungen, Tuberkulose jeder Art und Folgen, Herz- und Gefäßerkrankungen, Arteriosklerose, chronische Erkrankungen des Harnapparats, chronische Leber- und Gallenerkrankungen, chronische Unterleiberkrankungen, Steinerkrankungen, Zuckerharnruhr, Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion, Blutkrankheiten, Folgen von Geschlechtskrankheiten, Neurosen, Rückenmarkserkrankungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems — wie z. B. multiple Sklerose u. a. —, chronische rheumatische und neurologische Erkrankungen, chronische Sehnen- und Muskelerkrankungen.

Ist eine der unter Ziff. 3 aufgeführten, während der Wartezeit behandelten Krankheiten die Folge einer von der Gesellschaft bedingungsgemäß zu entschädigenden Krankheit, so besteht auch für die Folgekrankheit eine Leistungspflicht der Gesellschaft.

4. Eine Wartezeit besteht nicht

a) für Unfälle des täglichen Lebens und auch für Berufsunfälle, sofern diese gegen einen Prämienzuschlag besonders versichert sind, (Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Unfälle infolge von Schlag-, Krampf-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen bedingen eine Leistungspflicht nur dann, wenn für die die Anfälle auslösende Krankheit eine Leistungspflicht besteht.)

b) für folgende akute Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechsellieber, Rückfallfieber;

c) für neugeborene Kinder, wenn bei ihrer Geburt die Eltern mindestens drei Monate bei der Gesellschaft versichert waren und die Anmeldung des Neugeborenen zur Versicherung innerhalb eines Monats nach der Geburt erfolgt.

5. Die allgemeine Wartezeit entfällt und die Wartezeit gemäß Ziff. 3 wird, um drei Monate verkürzt für Ehefrauen, deren Versicherung in Ergänzung einer bereits drei Monate bei der Gesellschaft bestehenden Versicherung des Ehemannes spätestens einen Monat nach der Eheschließung beantragt wird.

6. Bei Übergang auf einen Tarif mit höheren oder zusätzlichen Leistungen gelten von dem zu vereinbarenden Zeitpunkt der Tarifänderung ab für die höheren oder zusätzlichen Leistungen die in Ziff. 2 und 3 dieses Paragraphen erwähnten Wartezeiten. Für die unter Ziff. 3 genannten Krankheiten, die während der Vertragsdauer bereits behandelt wurden, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des früheren Tarifs.

§ 14. Voraussetzungen für die Erstattung von Rechnungen.

1. Die Leistungspflicht der Gesellschaft ruht, solange nicht folgende Bedingungen erfüllt sind:

a) Es sind die Urschriften der Rechnungen über die Unterschiedsbeträge der niedrigsten bzw. 3. Klasse und der aufgesuchten Verplegungskasse einzureichen. Falls von dem aufgesuchten Krankenhaus eine Gesamtrechnung ausgestellt wird, ist diese zunächst dem Sozialversicherungsträger einzureichen, damit dieser den von ihm gewährten Entschädigungsbetrag vermerkt; danach ist sie der Gesellschaft zur Erstattung vorzulegen.

b) Die Belege müssen den Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheit, die Angaben der einzelnen Leistungen während des Krankenhausaufenthalts mit Bezeichnung der betreffenden Daten und Ziffern der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte) enthalten.

2. Die Leistungspflicht der Gesellschaft entfällt, wenn nicht folgende Obliegenheiten erfüllt sind:

a) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Anfordern der Gesellschaft alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich sind. Die Gesellschaft ist insbesondere berechtigt, vom Versicherungsnehmer oder Versicherten eine nach bestem Wissen abgegebene Erklärung des Inhalts zu verlangen, daß die Behandlung der Krankheit erstmalig nach Ablauf der Wartezeiten gemäß § 13 erfolgte. Die Erklärung ist innerhalb drei Wochen seit Zugang der Aufforderung abzugeben.

b) Die Belege sind spätestens drei Monate nach beendeter Krankenhausbehandlung einzureichen. Dauert die Behandlung länger als drei Monate, so ist spätestens vier Monate seit ihrem Beginn eine Zwischenrechnung vorzulegen. Ist der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden innerhalb der genannten Frist nicht im Besitz der Rechnungen, so hat er der Gesellschaft unter Angabe der Krankheit und der Art der Behandlung unverzüglich Anzeige zu erstatten.

c) Jede Krankenhausbehandlung ist der Gesellschaft innerhalb fünf Tagen anzuzeigen.

3. Die Rechtsfolgen der Ziff. 1 und 2 treten nicht ein, wenn die Verletzung der Vorschriften weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt die Gesellschaft zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der der Gesellschaft obliegenden Leistung gehabt hat.

4. Der Überbringer von Belegen, die die Voraussetzungen der Ziff. 1 erfüllen, gilt als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt.

5. Die Belege gehen in das Eigentum der Gesellschaft über.

§ 15. Leistungsausschluß.

1. Voraussetzung für die Leistungspflicht der Gesellschaft ist, daß die Krankheit, sofern es sich um eine der unter § 13 Ziff. 3 genannten handelt, erstmals nach Ablauf der Wartezeit durch einen Arzt oder Heilpraktiker behandelt worden ist. Eine Behandlung vor Beginn der Versicherung oder während der Wartezeit schließt für die unter § 13 Ziff. 3 genannten Krankheiten oder deren Folgen eine Leistungspflicht der Gesellschaft aus. Für alle dort nicht genannten Krankheiten beeinträchtigt eine frühere oder vor Beginn der Versicherung bereits abgeschlossene Behandlung die Leistungspflicht der Gesellschaft nicht.

2. Versicherungsschutz ist ausgeschlossen bei Anomalien oder körperlichen Fehlern, wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler vor Beginn des Versicherungsvertrages bestanden hat und der Versicherte von dem Bestehen der Anomalie oder des körperlichen Fehlers Kenntnis gehabt hat, oder wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler mit Krankheiten in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhang stehen, für die eine Leistungspflicht nach Ziff. 1 nicht besteht.

Wir übersenden in der Anlage einen Nachtrag zum Versicherungsschein sowie die von den Aufsichtsbehörden gleichfalls genehmigten, ab 1. April 1951 geltenden Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen, aus denen die Leistungserhöhungen im einzelnen zu ersehen sind. Im Nachtrag ist ferner die mit Wirkung vom 1. April 1951 an zu zahlende Prämie angegeben.

Auf das Recht der Versicherten, auf Grund der durchgeführten Änderungen das Versicherungsverhältnis gemäß § 6 Ziff. 1 Abs. 4 der AVB zu lösen, machen wir pflichtgemäß ausdrücklich aufmerksam.

Für diejenigen Versicherten, für die der bisher gewährte Versicherungsschutz ausreichend ist, sowie für diejenigen, die zwar höhere Versicherungsleistungen wünschen, aber die dafür erforderliche Prämien-erhöhung nicht glauben tragen zu können, besteht die Möglichkeit, durch Umwandlung in den nächst niederen Tarif den Versicherungsschutz mit annähernd den **bisherigen Leistungen** und zu den **bisherigen Prämien** zu erhalten. Wir bitten die betreffenden Versicherten um Einsendung der anliegenden Postkarte; es erfolgt daraufhin unverzüglich mündliche oder schriftliche Beratung. **Unsere Versicherten können also nach wie vor die Höhe des gewünschten Versicherungsschutzes selbst bestimmen.** Wir empfehlen allerdings, es bei der von uns vorgeschlagenen Leistungsaufstockung und Prämienangleichung zu belassen, da diese Regelung der gegebenen Situation am besten entspricht.

Gleichgültig wie Sie sich entscheiden: **Lassen Sie bitte auf keinen Fall eine Unterbrechung des Versicherungsschutzes eintreten.** Wollen Sie sich, was die Mehrheit unserer Versicherten anstrebt, ab 1. April d. J. die erhöhten Leistungen sichern, so bitten wir, die im Nachtrag errechnete neue Prämie mit der bisherigen Pünktlichkeit zu entrichten. Sind Sie der Ansicht, daß Ihnen die dem bisherigen Leistungsniveau annähernd entsprechenden, ab 1. April um 20 % erhöhten Leistungen des nächst niederen Tarifes genügen, so zahlen Sie bitte, bis wir Ihnen die neue Prämie aufgegeben haben, die bisherige Prämie weiter. Es erfolgt alsdann nachträglich die entsprechende Verrechnung.

Für Ihre Entscheidung wird Sie interessieren, daß inzwischen in anderer Weise eine Art Abstimmung über unser neues Leistungs- und Prämienniveau stattgefunden hat.

In Berlin sind ab 1. Januar d. J. selbständige und freie Berufe von der 1945 eingeführten Versicherungspflicht freigestellt worden. Von diesen Pflichtversicherten haben sich bisher — die Umstellungsaktion ist noch im Gange — rd. 15 000 für einen Krankenschutz bei einer privaten Krankenversicherung entschieden. Rd. $\frac{1}{3}$ davon, also 5000 Versicherte mit etwa 7000 Angehörigen, sind unserer Versicherten-gemeinschaft beigetreten; der Rest von $\frac{2}{3}$ verteilt sich auf die weiteren etwa 17 in Berlin arbeitenden privaten Krankenversicherungs-Gesellschaften. Die Aufnahme dieser neuen Mitglieder durch uns erfolgte auf Grund einer aufsichtsbehördlichen Sondergenehmigung bereits nach den neuen in Leistungen und Prämien erhöhten Tarifen. **Wir können berechtigterweise, zumal die wirtschaftlichen Verhältnisse in Berlin weitaus schlechter sind als im Bundesgebiet, aus diesem Vorgang den Schluß ziehen, daß für die offensichtliche Bevorzugung unserer Einrichtungen die Höhe unserer Leistungen und die Angemessenheit unserer Prämien entscheidend waren.**

Zum Schluß noch eine Bemerkung: Unser gesamtes Geschäftsgebaren, insonderheit die Bemessung der Leistungen, Prämien und Unkosten, unterliegt der staatlichen Aufsicht. Sollte — was, wie wir ehrlicher-weise zugeben müssen, in nächster Zeit kaum zu erwarten ist — eine fühlbare Senkung der Schadensausgaben eintreten, so besteht für unsere Versicherten das in § 27 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen verankerte Regulativ, wonach wir **mindestens 75 %** eines erzielten Überschusses an unsere Versicherten als Gewinnanteil auszukehren haben. (In den Kriegsjahren gaben wir 95 %!! des Überschusses an die Versicherten als Gewinnanteil zurück.) In jedem Falle bieten wir also den Versicherungs-schutz zu „Selbstkosten“.

Wir sehen unsere Aufgabe nach wie vor darin, unseren Versicherten auf die **Dauer** einen ausreichenden Schutz zu bieten. Allein auf dieses Ziel sind unsere Handlungen und Entscheidungen ausgerichtet, und in diesem Sinne sind wir bestrebt, unsere führende Stellung in der privaten Krankenversicherung aufrechtzuerhalten.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

Der Vorstand





Deutsche Krankenkassen-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin

BERLIN-SCHÖNEBERG · INNSBRUCKER STRASSE 26-27

Vorstand: Dr. Adolf Tosberg, Vorsitz; Wilhelm Warnecke · Vorsitz des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitzler

Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für Krankenversicherung nach dem Tarif N1. Bei Versicherungen ohne Sterbegeld entfällt § 26.

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und des Tarifs während der Dauer des Versicherungsvertrages den Ersatz des Vermögensschadens, der durch medizinisch notwendige Krankenpflege entsteht, sowie Geburtshilfe und Sterbegeld.

Die medizinische Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung besteht nur für die Zeit, während der eine solche Behandlung nach objektivem ärztlichem Befund erforderlich ist.

Ob eine Krankenpflege medizinisch notwendig ist, entscheidet im Streitfall der Gesellschaftsarzt. Die Feststellung des Gesellschaftsarztes ist maßgebend, sofern sie nicht offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch richterliches Urteil.

Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach ärztlichem Urteil anomaler körperlicher oder geistiger Zustand. Als Krankheit gelten auch Unfälle (vgl. § 13 Ziff. 4 a).

§ 2. Versicherungsfähigkeit.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet der Gesellschaft wohnenden gesunden Personen, die das 70. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Personen, die zur Zeit des Abschlusses des Versicherungsvertrages das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben, haben keinen Anspruch auf Sterbegeld. Personen, die zur Zeit des Abschlusses des Versicherungsvertrages das 65. Lebensjahr bereits vollendet haben, haben nur Anspruch auf 80 % der tarifmäßigen Leistungen.

§ 3. Versicherungsantrag.

1. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierzu bestimmten Vordruck zu stellen. Eine Aufnahme- und Schreibgebühr wird in der im Tarif festgesetzten Höhe erhoben. Der Antragsteller ist 6 Wochen an seinen Antrag gebunden.

2. Über die Annahme des Antrages entscheidet der Vorstand. Die Annahmeerklärung erfolgt in der Regel durch Aushändigung oder Angebot des Versicherungsscheins. Für die Ablehnung brauchen Gründe nicht angegeben zu werden; sie ist aber dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Die Aufnahme- und Schreibgebühr ist von der Gesellschaft zurückzuerstatten, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

3. Die Annahme des Antrages kann von einem Altersnachweis abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.

4. Dem Antragsteller müssen die Versicherungsbedingungen mit dem zugehörigen Tarif spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheins übergeben werden.

5. Der Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer erteilt der Gesellschaft für sich und seine von ihm gesetzlich vertretenen Familienangehörigen die Befugnis, über bestehende oder frühere Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sozialen Versicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt die betreffenden Ärzte, Versicherungsträger, Krankenanstalten, Behörden usw., der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen. Die gleichen Verpflichtungen haben die geschäftsfähigen mitversicherten Personen.

§ 4. Willenserklärungen.

1. Alle Willenserklärungen und Anzeigen, die nach Stellung des Versicherungsantrages oder bei oder nach Abschluß des Versicherungsvertrages der Gesellschaft gegenüber abgegeben werden, haben nur dann rechtliche Wirkung, wenn sie dem Vorstand schriftlich zugegangen sind. Agenten sind zur Entgegennahme von Willenserklärungen nicht befugt.

2. Sofern ein Versicherungsnehmer der Gesellschaft eine Wohnungsänderung nicht mitgeteilt hat, genügt es für die Rechtswirksamkeit einer dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn diese an die letzte der Gesellschaft bekannte Anschrift durch eingeschriebenen Brief abgesandt ist. Die Erklärung ist von dem Zeitpunkt an wirksam, an dem sie ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

3. Kündigung, Anfechtung und Rücktrittserklärung der Gesellschaft sollen durch eingeschriebenen Brief erfolgen.

§ 5. Versicherungsbeginn und Versicherungsende.

A 1. Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämienrate einschließlich Nebengebühren gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Leistungspflicht der Gesellschaft setzt erst mit der Einlösung des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt ein. Sind bei Antragstellung bereits die Beträge entrichtet, die zur Einlösung des Versicherungsscheins erforderlich sind, so setzt die Leistungspflicht der Gesellschaft mit dem Zugang der Annahmeerklärung seitens der Gesellschaft bei dem Versicherungsnehmer bzw. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins ein.

2. Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrage oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Ver-

sicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht.

Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn die Gesellschaft den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins darauf hingewiesen hat, daß Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht. Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk in dem Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgehoben ist, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.

Hat die Gesellschaft den Vorschriften des Abs. 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich.

Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

B 1. Der Versicherungsvertrag endet durch:

- fristmäßige Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
- fristmäßige Kündigung durch die Gesellschaft,
- Tod,
- Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geschäftsgebiets der Gesellschaft,
- Einweisung in eine Heilanstalt oder in ein Siechenheim,
- Rücktritt,
- Anfechtung,
- fristlose Kündigung des Versicherungsvertrages.

2. Für Versicherte, die gemäß Ziff. 1 a—e ausgeschieden sind, sind Prämien bis zum Schluß des Versicherungsvertrages zu zahlen.

§ 6. Kündigung.

1. Nach Ablauf der im Versicherungsschein festgesetzten Dauer verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf (die Kündigung muß bereits am letzten Tag des vorletzten Monats des Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eingegangen sein) von einem der vertragschließenden Teile durch eingeschriebenen Brief gekündigt worden ist. Darauf, daß der Brief nicht eingeschrieben war, können sich weder die Gesellschaft noch der Versicherungsnehmer berufen, wenn im übrigen die schriftlich erfolgte Kündigung rechtzeitig eingegangen ist.

Wenn ein Versicherungsnehmer krankenversicherungspflichtig wird oder Anspruch auf gesetzliche Familienhilfe nach § 205 RVO erlangt, kann er den Versicherungsvertrag zum Ablauf des Monats kündigen, in dem der Eintritt der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf gesetzliche Familienhilfe von ihm der Gesellschaft mitgeteilt und durch geeignete Unterlagen nachgewiesen ist. Durch eine solche Kündigung erlischt der gesamte Vertrag, also auch die Versicherung mitversicherter Personen. Geht die Kündigung nicht innerhalb zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf gesetzliche Familienhilfe bei der Gesellschaft ein, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag nur zum Ablauf des Versicherungsjahres gemäß Ziff. 1 Abs. 1 kündigen.

Unter den gleichen Bedingungen kann der Vertrag vorzeitig gekündigt werden, wenn der Versicherungsnehmer zu staatlichen Dienstleistungen einberufen wird, durch die Heilfürsorge bedingt ist.

Im Falle einer Änderung der Bedingungen und Tarife gemäß § 28 kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Schluß des zweiten Monats nach dem Wirksamwerden der Änderung kündigen.

2. Das Recht, den Versicherungsvertrag zu kündigen, hat die Gesellschaft nur bis zum Schluß des 3. Versicherungsjahres. Nach Ablauf dieser Frist ist der Versicherungsvertrag — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus den §§ 8 und 10 — seitens der Gesellschaft unkündbar.

3. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer und in den Fällen des § 5 B Ziff. 1 d—e auch bei laufenden Schadenfällen nur bis zum Schluß des Versicherungsvertrages.

4. Hat die Gesellschaft im Zeitpunkt ihrer Kündigung (vgl. § 5 B Ziff. 1 b) den Schadenfall gekannt, so erstreckt sich der Anspruch auf Versicherungsleistungen für laufende Schadenfälle nur bis zum Ablauf des dritten Monats nach Schluß des Versicherungsvertrages, nicht aber über eine längere Zeit, als die Leistungspflicht der Gesellschaft nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht, und nicht über die in den Versicherungsbedingungen genannten Höchstbeträge hinaus. Laufende Schadenfälle sind bei Beendigung der ärztlichen Behandlung als abgeschlossen anzusehen.

Hat die Gesellschaft im Zeitpunkt ihrer Kündigung den Schadenfall nicht gekannt, so erstreckt sich der Anspruch auf Versicherungsleistungen auch für laufende Schadenfälle nur bis zum Schluß des Versicherungsvertrages.

5. Kündigt die Gesellschaft den Versicherungsvertrag nur für mitversicherte Personen, so kann der Versicherungsnehmer den gesamten Vertrag zum gleichen Termin kündigen, aber nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen seit Empfang der Kündigung durch die Gesellschaft.

§ 7. Leistungsdauer und Höchstentschädigungsbeträge.

1. Unter der Voraussetzung, daß die Wartezeiten des § 13 erfüllt sind und eine Leistungspflicht der Gesellschaft vorliegt, gelten bezüglich der Leistungen der Gesellschaft folgende Bestimmungen:

Grundsätzlich gewährt die Gesellschaft für die Behandlung einer Krankheit die Entschädigung ohne Beschränkung durch einen Höchstentschädigungsbetrag oder eine Höchstleistungsdauer.

2. Für die Behandlung einer Krankheit während der ersten drei Versicherungsjahre gelten folgende Einschränkungen:

a) Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig im ersten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 20 Wochen bis zum Höchstentschädigungsbetrag von DM 1200,—.

b) Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig im zweiten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 26 Wochen bis zum Höchstentschädigungsbetrag von DM 1500,—.

c) Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig im dritten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 39 Wochen bis zum Höchstentschädigungsbetrag von DM 1800,—.

Die genannten Höchstentschädigungsbeträge umfassen auch verschiedene Krankheiten, die von demselben Arzt gleichzeitig behandelt werden.

Wird der unter a, b oder c vorgesehene Höchstentschädigungsbetrag während der Höchstleistungsdauer nicht erreicht, so erwirbt der Versicherungsnehmer einen Erstattungsanspruch auf den restlichen Höchstentschädigungsbetrag nach einer Frist von 12 Monaten, von dem Tage an gerechnet, an dem die letzte entschädigungspflichtige Behandlung stattfand. Die Leistungsdauer wird in einem solchen Falle auf 13 Wochen begrenzt. Wird auch in diesen 13 Wochen der restliche Höchstentschädigungsbetrag nicht erreicht, so erwirbt der Versicherungsnehmer einen Erstattungsanspruch auf den verbleibenden Rest bis zum Höchstentschädigungsbetrag nach Ablauf von weiteren 12 Monaten wiederum für 13 Wochen u.s.f., bis der vorgesehene Höchstentschädigungsbetrag erreicht ist. Alsdann gilt die behandelte Krankheit sowie deren Folgen als ausgesteuert.

Der Beginn der Leistungsdauer wird gerechnet vom ersten Behandlungstage an. Bei der Feststellung der Höchstleistungsdauer rechnen Kalenderwochen nicht mit, in denen keine Behandlung stattgefunden hat.

Die Leistungspflicht der Gesellschaft bleibt bestehen für alle anderen Krankheiten, die nicht gemäß den vorstehenden Bestimmungen ausgesteuert und die nicht Folgen der ausgesteuerten Krankheiten sind.

§ 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

1. Hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine mitversicherte Person bei dem Abschluß, der Abänderung oder der Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, so kann die Gesellschaft nach Maßgabe der §§ 16 bis 22 VVG (Versicherungs-Vertrags-Gesetz) vom Vertrage zurücktreten, ihn anfechten und ihn mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Rechte der Gesellschaft aus dem vorstehenden Absatze entfallen aber nach fünfjährigem Vertragsverhältnis oder nach Ablauf von fünf Jahren seit Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages, es sei denn, daß wegen folgender Krankheiten die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt ist: Lues, Tuberkulose, Stoffwechsel- und rheumatische Erkrankungen, Steinleiden, Krampfadern sowie Narbenbrüche, Geisteskrankheiten, bei Kindern außerdem Knochen- und Wachstumsveränderungen.

Wenn der Versicherungsnehmer während der Dauer des Versicherungsvertrages durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht ist die Gesellschaft berechtigt, gemäß § 41 VVG zu verfahren.

Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf mitversicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, innerhalb zwei Wochen seit Zugehen der Rücktrittserklärung mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

2. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich im Falle der Kündigung im Sinne dieses Paragraphen auch für laufende Schadenfälle nur auf den Vermögensschaden, der bis zum Zugehen der Kündigung entstanden ist.

3. Das Recht der Gesellschaft zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 BGB bleibt unberührt.

§ 9. Prämienleistungen.

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Jahresprämien nach dem dem Versicherungsvertrage zugrunde liegenden Tarife entsprechend dem Alter zur Zeit des Beginns des Versicherungsvertrages zu zahlen. Eine Erhöhung der Prämie mit dem Alter werden des Versicherten ist nur unter der Voraussetzung des § 28 sowie im Rahmen des Tarifs für Kinder zulässig, sobald sie das 7. oder 15. Lebensjahr vollendet haben.

2. Die Jahresprämie ist im voraus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Die Zahlung kann aber in monatlichen Raten erfolgen. Die erste monatliche Prämienrate ist bei Einlösung des Versicherungsscheins zu zahlen (vgl. § 5). Die übrigen Prämienraten gelten als gestundet, können aber von der Gesellschaft im Schadenfalle aufgerechnet werden. Die jeweilige Prämienrate ist am Ersten des betr. Monats im voraus zu zahlen.

3. Die Gesellschaft ist jederzeit berechtigt, vom Versicherungsnehmer auf seine Kosten einen amtlichen Altersnachweis zu verlangen. Im Falle unrichtiger Altersangabe ist — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus § 8 — die zu wenig gezahlte Prämie zuzüglich 5 % Verzugszinsen nachzuzahlen; etwa zuviel gezahlte Prämien werden auf die folgenden Prämienzahlungen angerechnet oder zurückgezahlt.

4. Die Prämie ist auch nach Eintritt des Versicherungsfalles und während des Bezuges von Schadenserstattungen zu zahlen. Die Prämie ist eine Bringschuld und an die zuständige Zahlstelle portofrei zu entrichten. Der Gesellschaft steht es frei, die Prämie gegen eine Abholungsgebühr bis zu 5 % jeder Prämienrate, höchstens aber DM 0,50, abholen zu lassen.

5. Stundung der Prämie kann nur vom Vorstand der Gesellschaft schriftlich genehmigt werden.

§ 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

1. Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so ist die Gesellschaft, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei.

2. Wird die Zahlung einer Folgeprämie oder die Zahlung einer Folgeprämienrate (vgl. § 9) nicht rechtzeitig bewirkt, so werden die gestundeten Raten des laufenden Versicherungsjahres sofort fällig. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung einer Prämie oder Prämienrate kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld — mit dem Hinweis auf die Unwirksamkeit der Stundung des § 9 — und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die rückständige Prämienrate und die weiteren fällig gewordenen Prämienraten innerhalb einer Nachfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Gesellschaft bezeichnete Stelle portofrei zu zahlen. Neben den Porto- und Mahnkosten können einmalige Verzugsgebühren bis zu 5 % jeder rückständigen Prämienrate, höchstens aber DM 2,— für jede Prämienrate, erhoben werden.

Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der fällig gewordenen Prämie, Gebühren

oder Kosten ganz oder teilweise im Verzuge, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei. Auch ist die Gesellschaft berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Recht der Gesellschaft zur Beitreibung der fällig gewordenen Prämie und Nebenleistungen bleibt unberührt.

3. Die Gesellschaft kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag dergestalt kündigen, daß die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist.

4. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der fällig gewordenen Prämie und Nebenleistungen nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

5. Solange nicht gekündigt und kein Versicherungsfall eingetreten ist, kann der Versicherungsnehmer seinen Verzug dadurch beenden, daß er portofrei an die Gesellschaft diejenige Prämie, die ohne Verzug bis zur Zahlung fällig geworden wäre, sowie die Nebenleistungen zahlt. In diesem Falle tritt die Stundung der Prämie für die folgenden Monate bis zum Schluß des Versicherungsjahres aus § 9 erneut in Kraft.

6. Die Gesellschaft ist nicht berechtigt, über das beim Ablauf der Mahnfrist laufende Versicherungsjahr hinaus Prämien zu fordern.

§ 11. Abtretung und Aufrechnung von Ansprüchen.

1. Steht dem Versicherungsnehmer oder Versicherten ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf die Gesellschaft über, soweit diese dem Versicherungsnehmer oder Versicherten Erstattung gewährt. Unter diese Bestimmung fallen aber nicht die Ansprüche, die ein Versicherungsnehmer auf Grund öffentlich- oder privatrechtlicher Versicherungsverträge hat, wenn er nicht aus diesen Versicherungsverträgen den Ersatz der gleichen ihm entstandenen Kosten für den Schadenfall zu beanspruchen hat.

2. Soweit der Versicherungsnehmer von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aus anderen Versicherungsverträgen Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist die Gesellschaft berechtigt, den Ersatz auf ihre Leistungen anzurechnen.

3. Liegt ein Unfall vor, so tritt eine Leistungspflicht der Gesellschaft nicht ein, soweit Versicherungsschutz bei einer gesetzlichen Unfallversicherung besteht.

4. Die Verpflichtung der Gesellschaft zum Ersatz solcher Ansprüche, die ein Versicherungsnehmer auf Grund einer gesetzlichen Zwangsversicherung bei deren Träger (z. B. Berufsgenossenschaft) geltend machen kann, tritt erst ein, wenn die Zwangsversicherung die von ihm beanspruchten Leistungen entweder bereits gewährt oder rechtskräftig abgelehnt hat.

5. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung der Gesellschaft auf, so wird die Gesellschaft insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

6. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können vom Versicherungsnehmer weder verpfändet noch abgetreten werden. Gegen Forderungen der Gesellschaft kann der Versicherungsnehmer weder aufrechnen noch ein Zurückbehaltungsrecht geltend machen.

§ 12. Ausschlussfristen, Verjährung, Erfüllungsort und Gerichtsstand.

1. Sind Ansprüche auf Versicherungsleistungen abgewiesen, so muß die Klage auf diese Ansprüche innerhalb einer Ausschlussfrist von 6 Monaten, vom Zugehen des Abweisungsbescheides an gerechnet, zugestellt sein. In dem Abweisungsbescheid ist auf die mit Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hinzuweisen.

2. Die Ansprüche auf Sterbegeld verjähren in fünf Jahren, die Ansprüche auf die übrigen Leistungen in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verlangt werden können.

3. Leistungs- und Erfüllungsort für beide Teile sind die Geschäftsräume am Sitz der Gesellschaft. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsvertrage gegen die Gesellschaft erhoben werden, auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

4. Kosten der Überweisung von Erstattungen werden von der zur Auszahlung gelangenden Summe abgezogen.

§ 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft (Wartezeiten).

1. Ansprüche auf Versicherungsleistungen gegen die Gesellschaft entstehen grundsätzlich für Krankheiten, die erstmals nach Ablauf der Wartezeit behandelt werden. Die Wartezeit wird von dem im Versicherungsschein angegebenen Tag des Versicherungsbeginns an gerechnet.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

3. Für die nachfolgend bezeichneten Krankheitsgruppen beträgt die Wartezeit sechs Monate:

Konstitutionelle Krankheiten — wie z. B. kindliche Diathesen und Rachitis —, Knochen- und Gelenkdeformitäten, Osteomyelitis, Eingeweidebrüche (Hernien), Wucherungen, Cysten, Geschwülste, chronische Hauterkrankungen, grauer Star, chronische Hals-, Ohren- und Nasenerkrankungen, Kiefererkrankungen, Magen- und Darmgeschwüre, chronische Luftröhren- und Lungenerkrankungen, Tuberkulose jeder Art und Folgen, Herz- und Gefäßerkrankungen, Arteriosklerose, chronische Erkrankungen des Harnapparats, chronische Leber- und Gallenerkrankungen, chronische Unterleibserkrankungen, Steinerkrankungen, Zuckerharnruhr, Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion, Blutkrankheiten, Folgen von Geschlechtskrankheiten, Neurosen, Rückenmarkserkrankungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems — wie z. B. multiple Sklerose u. a. —, chronische rheumatische und neuralgische Erkrankungen, chronische Sehnen- und Muskelerkrankungen.

Ist eine der unter Ziff. 3 aufgeführten, während der Wartezeit behandelten Krankheiten die Folge einer von der Gesellschaft bedingungsgemäß zu entschädigenden Krankheit, so besteht auch für die Folgekrankheit eine Leistungspflicht der Gesellschaft.

4. Eine Wartezeit besteht nicht

a) für Unfälle, (Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Unfälle infolge von Schlag-, Krampf-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen bedingen eine Leistungspflicht nur dann, wenn für die die Anfälle auslösende Krankheit eine Leistungspflicht besteht.)

b) für folgende akute Infektionskrankheiten:

Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus, Cholera, Rocken, Weichselruhr, Rückfallruhr,

c) für neugeborene Kinder, wenn bei ihrer Geburt die Eltern mindestens drei Monate bei der Gesellschaft versichert waren und die Anmeldung des Neugeborenen zur Versicherung innerhalb eines Monats nach der Geburt erfolgt.

5. Die allgemeine Wartezeit entfällt und die Wartezeit gemäß Ziff. 3 wird um drei Monate verkürzt:

a) für Ehefrauen, deren Versicherung in Ergänzung einer bereits drei Monate bei der Gesellschaft bestehenden Versicherung des Ehemannes spätestens einen Monat nach der Eheschließung beantragt wird,

b) wenn die Versicherung nachweislich innerhalb eines Monats nach Wegfall einer bisherigen Krankenfürsorge infolge Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen abgeschlossen wird.

6. Bei Übergang auf einen Tarif mit höheren oder zusätzlichen Leistungen gelten von dem zu vereinbarenden Zeitpunkt der Tarifänderung ab für die höheren oder zusätzlichen Leistungen die in Ziff. 2 und 3 dieses Paragraphen erwähnten Wartezeiten. Für die unter Ziff. 3 genannten Krankheiten, die während der Vertragsdauer bereits behandelt wurden, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des früheren Tarifs.

7. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer dieser gleichstehenden Einrichtung ausscheiden, wird die nachweislich dort zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, daß die Versicherung innerhalb eines Monats nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wird und in unmittelbarem Anschluß in Kraft treten soll.

§ 14. Voraussetzungen für die Erstattung von Rechnungen.

1. Die Leistungspflicht der Gesellschaft ruht, solange nicht folgende Bedingungen erfüllt sind:

- a) Es sind die Urschriften der Rechnungen, die für jede versicherte Person besonders ausgestellt sein müssen, einzureichen. Die Gesellschaft kann verlangen, daß die Rechnungen bezahlt und quittiert sind und den Zahlungstag enthalten.
- b) Die Belege müssen den Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheit, die Angaben der einzelnen Leistungen des Arztes oder des zugelassenen Heilpraktikers (Sprechstunden-Beratungen, Besuche, hierbei vorgenommene Sonderleistungen) mit Bezeichnung der betreffenden Daten und Ziffern der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte) oder der Gebobehil (Gebührenordnung für Heilpraktiker) enthalten. Auf den Rezepten müssen die Verordnungen und der Preis deutlich geschrieben sein.
- c) Bei Zahnbehandlung ist die Angabe der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlungen erforderlich. Auf Verlangen der Gesellschaft ist ein Diagramm zu liefern, in dem die behandelten Zähne kenntlich gemacht sind.

2. Die Leistungspflicht der Gesellschaft entfällt, wenn nicht folgende Obliegenheiten erfüllt sind:

- a) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Anfordern der Gesellschaft alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich sind. Die Gesellschaft ist insbesondere berechtigt, vom Versicherungsnehmer oder Versicherten eine nach bestem Wissen abgegebene Erklärung des Inhalts zu verlangen, daß die Behandlung der Krankheit erstmalig nach Ablauf der Wartezeiten gemäß Ziff. 2 und 3 des § 13 erfolgte. Die Erklärung ist innerhalb drei Wochen seit Zugang der Aufforderung abzugeben.
- b) Die Belege sind spätestens drei Monate nach beendeter Behandlung einzureichen. Dauert die Behandlung länger als drei Monate, so ist spätestens vier Monate seit ihrem Beginn eine Zwischenrechnung vorzulegen. Ist der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden innerhalb der genannten Frist nicht im Besitz einer ärztlichen Rechnung, so hat er der Gesellschaft unter Angabe der Krankheit und der Art der Behandlung unverzüglich Anzeige zu erstatten.
- c) Jede Behandlung außerhalb des Wohnsitzes des Versicherten ist der Gesellschaft innerhalb fünf Tagen anzuzeigen.
- d) Jede Krankenhausbehandlung ist der Gesellschaft innerhalb fünf Tagen anzuzeigen.

3. Die Rechtsfolgen der Ziff. 1 und 2 treten nicht ein, wenn die Verletzung der Vorschriften weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt die Gesellschaft zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der der Gesellschaft obliegenden Leistung gehabt hat.

4. Der Überbringer von Belegen, die die Voraussetzungen der Ziff. 1 erfüllen, gilt als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt.

5. Die Belege gehen in das Eigentum der Gesellschaft über.

§ 15. Leistungsausschluß.

1. Voraussetzung für die Leistungspflicht der Gesellschaft ist, daß die Krankheit, sofern es sich um eine der unter § 13 Ziff. 3 genannten handelt, erstmals nach Ablauf der Wartezeit durch einen Arzt oder Heilpraktiker behandelt worden ist. Eine Behandlung vor Beginn der Versicherung oder während der Wartezeit schließt für die unter § 13 Ziff. 3 genannten Krankheiten oder deren Folgen eine Leistungspflicht der Gesellschaft aus. Für alle dort nicht genannten Krankheiten beeinträchtigt eine frühere oder vor Beginn der Versicherung bereits abgeschlossene Behandlung die Leistungspflicht der Gesellschaft nicht.

2. Versicherungsschutz ist ausgeschlossen bei Anomalien oder körperlichen Fehlern, wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler vor Beginn des Versicherungsvertrages bestanden hat und der Versicherte von dem Bestehen der Anomalie oder des körperlichen Fehlers Kenntnis gehabt hat, oder wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler mit Krankheiten in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhang stehen, für die eine Leistungspflicht nach Ziff. 1 nicht besteht.

3. Bei neugeborenen Kindern sind angeborene Erkrankungen und angeborene körperliche Gebrechen von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

4. Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, die auf aktive Teilnahme an inneren Unruhen, an Wettkämpfen, auf Kriegseinsätze, auf Vorsatz, auf Genuß von Rauschgiften (Morphium, Kokain, Alkohol, Nikotin usw.), auf schuldhaftes Beteiligung an Schlägereien oder Raufhändeln zurückzuführen sind, begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Nicht zu den Leistungen der Gesellschaft gehört der Ersatz von Kosten, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind — insbesondere für Impfungen und deren Folgen, für Sterilisierungen und deren Folgen, für Beseitigung von Schönheitsfehlern, für ärztliche Gutachten und Atteste für private und dienstliche Zwecke, für Reisespesen, für Pflegepersonal, Desinfektion oder dgl. —, Kilometergelder (Wegegebühren der Ärzte) und Transportkosten zum und vom Krankenhaus werden nur erstattet, wenn es besonders vereinbart wird (s. § 20 Ziff. 1 und § 23 Ziff. 4).

6. Werden Badeorte, Sommerfrischen, Sanatorien, Heilstätten oder Erholungsheime zu Heilzwecken oder zur Wiederherstellung der Gesundheit aufgesucht, so werden Versicherungsleistungen nur gewährt, wenn sie der Vorstand vorher genehmigt hat. Begibt sich der Versicherte, anstatt das an seinem Wohnort gelegene Krankenhaus aufzusuchen, in ein Badeort, Kurort oder in eine Sommerfrische, um dort ein Krankenhaus aufzusuchen, so werden Versicherungsleistungen nur dann gewährt, wenn zum Aufsuchen dieses Krankenhauses die vorherige schriftliche Genehmigung durch den Vorstand der Gesellschaft erteilt worden ist.

7. Bei Geistes- und Gemütskrankheiten, geistigen Störungen, Depressionen, Psychosen oder dgl. sowie Reaktionen anomaler psychischer Konstitution und deren Folgen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, auch dann nicht, wenn vorstehend genannte Krankheiten Folge einer Krankheit sind, für die die Gesellschaft leistungspflichtig ist.

8. Der Einwand der Leistungsfreiheit kann seitens der Gesellschaft bei Krankheiten, Anomalien, körperlichen Fehlern, Unfällen und Verletzungen sowie deren Folgen nicht geltend gemacht werden, wenn diese im Aufnahmeantrag seitens des Antragstellers angezeigt und seitens der Gesellschaft durch einen ausdrücklichen Vermerk im Versicherungsschein vom Versicherungsschutz nicht ausgeschlossen sind. Der ausdrückliche Vermerk im Versicherungsschein bedeutet keine Abweichung im Sinne des § 5 A Ziff. I, sofern der Antragsteller sich mit der Aufnahme des Vermerks einverstanden erklärt hat.

§ 16. Allgemeines über ärztliche Behandlung.

1. Die Wahl des Arztes oder Facharztes sowie des zugelassenen Heilpraktikers steht dem Versicherten frei. Zur Erstattung von Rechnungen nicht in Deutschland approbierter Ärzte und Heilpraktiker oder von Ärzten und Heilpraktikern, die Fernbehandlung oder Behandlung im Umherziehen betreiben oder bei Heilkundigen angestellt sind, ist die Gesellschaft nicht verpflichtet.

2. Nimmt ein Versicherungsnehmer einen auswärtigen Arzt, Facharzt oder zugelassenen Heilpraktiker in Anspruch, obwohl am Wohnsitz ein Arzt zur Behandlung zur Verfügung steht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

3. Ergibt sich aus eingereichten Rechnungen im Einzelfalle eine übermäßige Inanspruchnahme oder übermäßige Gewährung ärztlicher Hilfe, so ist der Vorstand berechtigt, die Erstattung auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen. Sofern

besondere, von der ärztlichen Organisation eingesetzte Kommissionen bestehen, entscheidet der Vorstand über die Herabsetzung nach Anhörung der Kommission.

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, nach Möglichkeit für die Abwendung oder Minderung des Schadens zu sorgen.

4. Die Erstattung von Rechnungen bestimmter Ärzte, Zahnärzte, Dentisten und Heilpraktiker oder Heilanstalten kann abgelehnt werden. Eine solche Maßnahme ist dem Versicherungsnehmer durch besondere schriftliche Mitteilung bekanntzugeben. Von der Zustellung der Mitteilung an erlischt die Verpflichtung der Gesellschaft zur Erstattung der Kosten für Behandlungen, die von jenem Zeitpunkt an durch den Behandelnden neu aufgenommen werden. Für laufende Schadenfälle gelten die Bestimmungen über die Leistungspflicht bei Kündigungen durch die Gesellschaft (vgl. § 6).

5. Die Gesellschaft ist berechtigt, den Erkrankten durch einen von ihr beauftragten Arzt auf ihre Kosten untersuchen zu lassen (vgl. § 1).

Leistet der Erkrankte der Aufforderung, sich dieser Untersuchung zu unterziehen, keine Folge, so können ihm die versicherten Leistungen für die Dauer der Weigerung entzogen werden. Eine Nachzahlung für diese Zeit findet auch nach Fortfall der Weigerung nicht statt. § 14 Ziff. 3 gilt entsprechend.

§ 17. Verlust des Versicherungsscheins.

Der Versicherungsnehmer kann bei Verlust des Versicherungsscheins jederzeit gegen Erstattung der Kosten von DM 2,— eine Ersatzurkunde verlangen.

§ 18. Örtlicher Geltungsbereich.

Der Versicherungsvertrag ist nur gültig innerhalb der Grenzen Deutschlands. Für die Dauer eines Aufenthalts des Versicherten außerhalb Deutschlands besteht keine Leistungspflicht der Gesellschaft, sofern nicht besondere Vereinbarungen hierüber getroffen worden sind.

§ 19. Umfang der Versicherung.

1. Die Gesellschaft vergütet nach Tarif N 1:

- a) ärztliche und fachärztliche Kosten laut § 20,
- b) Zahnbehandlungskosten und Zahnersatz laut § 21,
- c) Kosten ärztlich verordneter Arzneien und kleiner Heilmittel sowie Bäder, Bestrahlungen, Massagen usw. laut § 22,
- d) Krankenhaus- und Operationskosten laut §§ 23, 24,
- e) Geburtshilfe und Kosten für Beseitigung der Unfruchtbarkeit laut § 25,
- f) Sterbegeld laut § 26,
- g) Wegegebühren und Transportkosten laut § 20 Ziff. 1 und § 23 Ziff. 4, sofern der Mittelschluß dieser Gebühren gegen Prämienzuschlag vereinbart worden ist.

2. Als freiwillige Leistung kann die Gesellschaft aus ihren Überschüssen gewähren:

- a) Kostenzuschüsse für ärztlich verordnete Heilmittel laut § 22,
- b) eine Erholungsbeihilfe für versicherte Kinder,
- c) Kostenzuschüsse für Inanspruchnahme von Autoritäten und Fachärzten.

§ 20. Ärztliche und fachärztliche Behandlung.

1. Alle Behandlungsarten, soweit sie von approbierten Ärzten oder zugelassenen Heilpraktikern (vgl. § 16) ausgeführt werden, können nach freier Wahl zur Heilung benutzt werden.

Die Gesellschaft ersetzt höchstens für eine Beratung DM 4,80, für einen Hausbesuch DM 7,80, für einen Nacht-, Eil- oder Sonntagsbesuch DM 18,—.

Bei besonderen ärztlichen Verrichtungen (Sonderleistungen) vergütet die Gesellschaft den Rechnungsbetrag bis zum 2,4fachen Mindestsatz der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte), soweit für die einzelne Sonderleistung der einfache Mindestsatz der Preugo den Betrag von DM 2,— übersteigt. Sonderleistungen, bei denen der einfache Mindestsatz der Preugo DM 2,— und geringer ist, werden nicht vergütet.

Bei Inanspruchnahme von zugelassenen Heilpraktikern werden berechnete Sonderleistungen bis zu den 1,2fachen Sätzen der Gebobehil (Gebührenordnung für Heilpraktiker) erstattet. Voraussetzung ist, daß die Behandlung sich auf Erkrankungen erstreckt, deren Behandlung Heilpraktikern gestattet ist.

Wegegebühren werden bis DM 1,20 pro Doppelkilometer einschl. Zeitversäumnis, jedoch bis höchstens DM 120,— für jeden Versicherten in einem Versicherungsjahr, vergütet (vgl. § 19 Ziff. 1 g und § 23 Ziff. 4).

2. Hypnotische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden sind nur erstattungspflichtig, wenn die schriftliche Zustimmung der Gesellschaft vorliegt.

3. Bei einem Schadenfall werden von der Gesellschaft die Behandlungskosten nur eines Arztes übernommen. Bei Hinzuziehung eines zweiten Arztes werden ferner in solchen Fällen die Kosten der ersten gemeinschaftlichen Beratung in Höhe einer Konsultationsgebühr nach Maßgabe der Bestimmungen in Ziff. 1 von der Gesellschaft getragen, wenn die Dringlichkeit der Beiziehung durch Vorlage einer Bescheinigung des erstbehandelnden Arztes der Gesellschaft gegenüber nachgewiesen wird. Fortsetzung der Behandlung durch einen anderen Arzt als den erstbehandelnden ist zulässig.

4. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist und kein Notfall vorliegt, muß der Arzt in seiner Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls hat der Erkrankte die Mehrkosten selbst zu tragen.

§ 21. Zahnbehandlung und Zahnersatz.

1. Eine Vergütung für die Behandlung von Zahnerkrankungen findet in der nachstehenden Höhe dann statt, wenn die erste Behandlung des Zahnes nach Ablauf des sechsten Monats seit Beginn des Versicherungsvertrages erfolgt. Zahnkronen werden als Füllungen angesehen. Die Vergütung beträgt 85 % des Rechnungsbetrages, höchstens 85 % des 2,4fachen Mindestsatzes der Preugo mit der Maßgabe, daß die Entscheidung für jeden Versicherten in einem Versicherungsjahr höchstens DM 90,— beträgt. Für Behandlungen des ersten Versicherungsjahres ermäßigt sich der vorgenannte Höchstsatz auf DM 36,—.

2. Ein Anspruch auf Vergütung für Zahnersatz besteht erst nach zwölfmonatiger Wartezeit unter der Voraussetzung, daß der zu ersetzende Zahn nach Ablauf der zwölfmonatigen Wartezeit extrahiert worden ist. Die Entschädigung für Zahnersatz beträgt pro Zahn DM 6,—, höchstens DM 60,— für jeden Versicherten in einem Versicherungsjahr.

3. Vorbeugende Zahnpflege, Richten von Zähnen, Arbeiten in Edelmetallen sowie gebrannte Porzellanfüllungen und Gebißreparaturen gehören nicht zu den Leistungen der Gesellschaft.

§ 22. Arznei- und Heilmittel.

1. Die von einem Arzt oder zugelassenen Heilpraktiker zur Behebung eines Krankheitszustandes verordneten Arzneien werden voll erstattet bis zu einer Höchstgrenze von DM 120,— für jeden Versicherten in einem Versicherungsjahr.

2. Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel, Weine und Mineralwasser usw. zählen nicht zu den erstattungspflichtigen Leistungen, desgleichen nicht Heilmittel wie Prothesen, Glasaugen, Gummistrümpfe, Plattfüßeinlagen, orthopädische Korsetts, Eisbeutel, Irrigatoren, Inhalationsapparate, Räucherapparate usw. Es können jedoch für derartige Heilmittel freiwillige Zuschüsse gewährt werden, sofern ärztliche Verordnung vorliegt und die Versicherung mindestens ein Jahr schadenfrei verlaufen ist.

3. Für ärztlich verordnete Augengläser, Bruchbänder, Bandagen und ähnliche kleinere Heilmittel übernimmt die Gesellschaft die Kosten einfacher Ausführung. Für Röntgenaufnahmen und -durchleuchtungen werden bis 100 % der 1,2fachen Sätze des Deutschen Röntgentarifs ersetzt.

Bestrahlungen, Inhalationen und Anwendung sonstiger physikalischer Heilmethoden (Bäder, Massagen usw.) werden wie Sonderleistungen ersetzt (s. § 20 Ziff. 1). Besondere Kosten für ärztliche Beratungen oder Besuche werden hierbei nicht vergütet.

Ultraschallwellen-, Radium- und Mesothoriumbehandlungen u. ä. sowie Radium-Trinkuren werden nur erstattet, wenn sie vorher von der Gesellschaft genehmigt worden sind.

4. Die in Ziff. 2 und 3 vorgesehenen Versicherungsleistungen werden auf insgesamt höchstens DM 120,— für jeden Versicherten in einem Versicherungsjahr begrenzt.

5. Für Röntgentiefen- und Radiumbehandlungen werden bis 100 % der 1,2fachen Sätze des Deutschen Röntgentarifs ersetzt, jedoch höchstens das Fünffache des unter Ziff. 4 genannten Betrages für jeden Versicherten in einem Versicherungsjahr.

§ 23. Krankenhausbehandlung.

1. Bei notwendiger Krankenhausbehandlung (vgl. § 1) werden an Stelle aller anderen Leistungen die Pflegesätze der 2. Klasse eines von der Gesellschaft anerkannten und für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Krankenhauses, höchstens DM 12,— täglich, ersetzt, sofern nicht ein höherer Pflegesatz versichert ist (vgl. Einschränkung in § 15 Ziff. 5 und Anzeigepflicht in § 14 Ziff. 2 d.).

2. Als von der Gesellschaft anerkannte Krankenhäuser gelten:

- Krankenanstalten einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder Stiftung, die Kranke jeder Art zur ärztlichen Behandlung aufnehmen, ferner Universitätskliniken,
- private Krankenhäuser und Privatkliniken, die Kranke jeder Art zur ärztlichen Behandlung aufnehmen — im Falle von Operationen, die im allgemeinen nur klinisch ausgeführt werden, auch sonstige private Krankenhäuser und Privatkliniken,
- geschlossene, ärztlich geleitete Heilstätten für Lungen- und Tuberkulosekrankheiten.

3. Wird eine unter Ziff. 2 b—c genannte Krankenanstalt oder eine für den Wohnsitz des Versicherten nicht zuständige Krankenanstalt aufgesucht, so werden höchstens die Pflegesätze der in Ziff. 2a genannten, örtlich zuständigen Krankenanstalten erstattet. Etwaige außerdem entstehende Arzt-, Arznei- und Operationskosten werden gemäß § 24 nur dann vergütet, wenn sie auch in einer der unter Ziff. 2a genannten Krankenanstalten berechnet worden wären.

4. Die Kosten des Transports zum und vom Krankenhaus werden im Rahmen des § 20 Ziff. 1 erstattet. Die Wegegebühren und die Kosten des Transports zum und vom Krankenhaus werden insgesamt auf DM 120,— für jeden Versicherten in einem Versicherungsjahr begrenzt (vgl. § 19 Ziff. 1 g.).

§ 24. Arzt-, Arznei- und Operationskosten während der Krankenhausbehandlung.

1. Werden in der 2. Klasse eines von der Gesellschaft anerkannten und für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Krankenhauses außer den Pflegesätzen noch weitere Gebühren berechnet, so werden diese unter Anwendung der §§ 20 und 22 erstattet, soweit es sich um reine Arzt- und Arzneikosten sowie um solche für Röntgenaufnahmen und -durchleuchtungen handelt. Für Operationskosten gewährt die Gesellschaft 100 %, jedoch höchstens den 4,8fachen Mindestsatz der Preugo. Für Nebenkosten (Assistenz, Narkose, Operationssaalbenutzung) werden die tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch DM 30,—, vergütet.

Wird statt der 2. Verpflegungskategorie eines von der Gesellschaft anerkannten und für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Krankenhauses eine höhere Verpflegungskategorie aufgesucht, so erstattet die Gesellschaft die in der aufgesuchten höheren Kategorie besonders entstandenen Arzt-, Arznei- und Operationskosten gemäß Ziff. 1 nur dann, wenn solche Kosten auch bei Benutzung der 2. Verpflegungskategorie in diesem von der Gesellschaft anerkannten und für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Krankenhaus erhoben worden wären.

2. Ist an dem Wohnsitz des Versicherten kein von der Gesellschaft anerkanntes Krankenhaus vorhanden, so werden an Stelle aller anderen Leistungen die in einem Privatkrankenhaus des Wohnsitzes des Versicherten entstandenen Pflegesätze vergütet mit der Maßgabe, daß der Pflegesatz auf höchstens DM 9,— täglich begrenzt wird. Etwaige außerdem entstandene Arzt- und Arzneikosten sowie Operationskosten werden gemäß Ziff. 1 erstattet.

3. Ist an dem Wohnsitz des Versicherten ein von der Gesellschaft anerkanntes Krankenhaus vorhanden, wird jedoch ein Privatkrankenhaus aufgesucht, so werden an Stelle aller anderen Leistungen höchstens die Pflegesätze gemäß § 23 erstattet. Etwaige außerdem entstandene Arzt-, Arznei- und Operationskosten werden gemäß Ziff. 1 nur dann erstattet, wenn sie auch in einem von der Gesellschaft anerkannten und für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Krankenhaus berechnet worden wären.

§ 25. Geburtshilfe.

1. Als Beihilfe zu den Kosten einer Entbindung wird bei Vorlage einer amtlichen Geburtsurkunde folgende Geburtshilfe gewährt:

DM	126,—	156,—	180,—	216,—	270,—
nach	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Erfolgt die Entbindung unter ärztlichem Beistand oder in einem Krankenhaus, so werden an Stelle der Geburtshilfe die entstehenden Kosten gemäß §§ 20, 22, 23 und 24 erstattet, mindestens aber die gemäß Abs. 1 vorgesehenen Beträge.

Notwendige Arzt-, Arznei-, Krankenhaus- und Operationskosten für solche Krankheiten, die als Folge der Entbindung oder der Schwangerschaft entstanden sind, werden gemäß §§ 20, 22, 23 und 24 Ziff. 1 entschädigt.

2. Bei Fehlgeburten nach Ablauf von drei Monaten des ersten Versicherungsjahres werden notwendige Arzt-, Arznei-, Krankenhaus- und Operationskosten gemäß §§ 20, 22, 23 und 24 Ziff. 1 gezahlt.

3. Für Schwangerschaftsunterbrechungen nach Ablauf von drei Monaten des ersten Versicherungsjahres werden notwendige Arzt-, Arznei-, Krankenhaus- und Operationskosten gemäß §§ 20, 22, 23 und 24 Ziff. 1 gewährt, jedoch nur dann, wenn für die Krankheit, die die Schwangerschaftsunterbrechung bedingte, eine Leistungspflicht besteht, und wenn sie nicht nach § 7 bereits ausgeteuert ist.

4. Für ärztliche Eingriffe zur Beseitigung der Unfruchtbarkeit werden Versicherungsleistungen gewährt, sofern der Versicherungsvertrag mindestens zwei Jahre bestanden hat und nach gesundheitsamtlicher Bescheinigung beide Ehegatten die Voraussetzung dafür erfüllen, daß der Eingriff mit Wahrscheinlichkeit gesunden Nachwuchs erwarten läßt.

Die vorstehende Frist entfällt:

- bei jungverheirateten Ehepaaren, wenn der Versicherungsantrag innerhalb eines Monats nach der Eheschließung gestellt wird,
- wenn die Unfruchtbarkeit Folge einer als leistungspflichtig anzuerkennenden Krankheit ist.

§ 26. Sterbegeld.

1. Während der Prämienzahlungsdauer gewährt die Gesellschaft im Todesfall nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres ein Sterbegeld in Höhe von

DM	250,—	300,—	350,—	400,—	500,—
nach	1	2	3	4	5

Bei Tod durch Unfall wird im ersten Versicherungsjahr jedoch ein Sterbegeld von DM 250,— und vom zweiten Versicherungsjahr an die doppelte Sterbegeldsumme gezahlt, wenn der Tod innerhalb sechs Monaten nach dem Unfall als dessen Folge eintritt.

Für Kinder bis zum vollendeten 7. Lebensjahr oder für Personen, für die die Versicherung nach Vollendung des 60. Lebensjahres genommen wird, wird im Todesfall ein Sterbegeld nicht gezahlt. Personen, für die die Versicherung nach Vollendung des 45. Lebensjahres, jedoch vor Vollendung des 55. Lebensjahres genommen wird, haben Anspruch auf 75 %, Personen, für die die Versicherung nach Vollendung des 55. Lebensjahres, aber vor Vollendung des 60. Lebensjahres genommen wird, haben Anspruch auf 50 % des Sterbegeldes. Für Kinder vom vollendeten 7. bis vollendeten 15. Lebensjahr wird halbes, für Kinder nach vollendetem 15. Lebensjahr wird volles Sterbegeld gezahlt, sofern die Prämie der entsprechenden Altersstaffel gezahlt wurde.

2. Die Zahlung erfolgt nach Beibringung:

- der amtlichen Sterbeurkunde,
- des Versicherungsscheines,
- der letzten Prämienquittung,
- der ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache an den Überbringer der vorgenannten Nachweise.

3. Ein Anspruch auf Sterbegeld besteht nicht

- bei Tod durch Kriegsereignisse,
- bei Selbstmord, es sei denn, daß der Versicherungsvertrag mindestens zwei Jahre bestanden hat oder der Nachweis erbracht wird, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder infolge unheilbarer, schmerzvoller körperlicher Leiden begangen worden ist,
- wenn der Tod infolge eines Umstandes eintrat, wofür gemäß §§ 13 oder 15 keine Leistungspflicht besteht.

§ 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

1. Die Versicherungen der Tarifgruppe N mit Ausnahme der Tarife NTZ und NKU nehmen gemäß Satzung der Gesellschaft und gemäß einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung an dem nach Vornahme aller satzungsmäßigen Rückstellungen und Austeilungen verbleibenden Reingewinn mit mindestens 75 % unter folgenden Bedingungen teil:

Teilnahmeberechtigt sind nur diejenigen Versicherungen, für die am Ende eines Geschäftsjahres (Kalenderjahr) die Prämienraten für mindestens zwölf Monate gezahlt sind, und für die kein Prämienrückstand besteht.

2. Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird wie folgt ermittelt:

Der gesamte zur Austeilung an die Versicherungsnehmer bestimmte Gewinn wird durch den zwölften Teil der im Geschäftsjahr für die gewinnberechtigten Versicherungen vereinnahmten Prämien dividiert. Das Divisionsergebnis ist die in Hundertteilen einer Monatsprämienrate ausgedrückte Gewinnbeteiligung für die einzelne gewinnberechtigte Versicherung.

3. Zur Austeilung gelangen stets nur Gewinnanteile, die ein volles Vielfaches einer Monatsprämienrate ausmachen. Verbleibende Reste werden solange auf die Folgejahre vorgetragen, bis sie ein volles Vielfaches einer Monatsprämienrate ergeben.

4. Die Gewinnverteilung erfolgt grundsätzlich durch Verrechnung mit der laufenden Prämie. Eine Barauszahlung wird nicht gewährt, ausgenommen in dem Fall, in dem nach Beendigung des Geschäftsjahres der Versicherungsvertrag infolge Pflichtversicherung oder Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen, durch die Heilfürsorge bedingt ist, erlischt.

5. Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung soll für jedes abgelaufene Geschäftsjahr spätestens beginnen mit der am 1. Juli des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres fällig werdenden monatlichen Prämienrate. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Gewinnverrechnung. Während der Gewinnverrechnung ausscheidende Versicherungsnehmer haben den Anspruch auf die Gewinnbeteiligung nur, soweit sie mit den Prämienraten, die ab 1. Juli fällig werden, verrechnet werden kann.

§ 28. Änderung der AVB.

Die Gesellschaft kann nach gemeinsamem Beschluß von Aufsichtsrat und Vorstand mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungsverträge die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Tarif ändern. Eine etwaige vorzunehmende Änderung wird wirksam mit dem Ersten desjenigen Monats, der auf die Zustellung der Änderungsmitteilung folgt (vgl. § 6 Ziff. 1 Abs. 4). Die Geltendmachung von Ansprüchen auf Grund geänderter Bedingungen für Versicherungsfälle, die vor dem Wirksamwerden der Änderung eingetreten sind, ist ausgeschlossen.

§ 29. Stempelkosten.

Die gesetzlichen Stempelkosten und sonstigen behördlichen Abgaben fallen dem Versicherungsnehmer oder dessen Rechtsnachfolger zur Last.

Zuletzt genehmigt durch Verfügungen des Aufsichtsamts für das Versicherungswesen in Berlin — Tgb.-Nr. VII 3187 U. 7 —

und

des Zonenamts des Reichsaufsichtsamts für das Versicherungswesen (i. Abw.), Hamburg — Tgb.-Nr. IV 392 — 161 — 51 — vom 15. 2. 1951.



Deutsche Kranken- Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin

Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Straße 26/27



Allgemeine Versicherungs-Bedingungen

für Krankenhaus-Tagegeldversicherung nach den Tarifen NK 1 bis NK 3

NK 1 bis NK 3



Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für Krankenhaustagegeld-Versicherung

nach den Tarifen NK 1 bis NK 3

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und des Tarifs während der Dauer des Versicherungsvertrages für den infolge einer Krankheit aus medizinischen Gründen — also nicht z. B. wegen besserer Pflege und Verpflegung — notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt ein Tagegeld.

Die medizinische Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung besteht nur für die Zeit, während der eine solche Behandlung nach objektivem ärztlichem Befund erforderlich ist.

Ob eine Krankenhauspflege medizinisch notwendig ist, entscheidet im Streitfall der Gesellschaftsarzt. Die Feststellung des Gesellschaftsarztes ist maßgebend, sofern sie nicht offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch richterliches Urteil.

Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach ärztlichem Urteil anomaler körperlicher oder geistiger Zustand. Als Krankheit gelten auch Unfälle (vgl. § 13 Ziff. 4a). Als Krankheit gelten nicht Berufsunfälle und deren Folgen, sofern nicht dieses Risiko gegen Zahlung einer Unfallzusatzprämie ausdrücklich eingeschlossen ist. Daß es sich nicht um einen Berufsunfall handelt, hat der Versicherungsnehmer zu beweisen. Berufskrankheiten werden den Berufsunfällen gleichgestellt.

§ 2. Versicherungsfähigkeit.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet der Gesellschaft wohnenden gesunden Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

§ 3. Versicherungsantrag.

1. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierzu bestimmten Vordruck zu stellen. Eine Aufnahme- und Schreibgebühr wird in der im Tarif festgesetzten Höhe erhoben. Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden.

2. Über die Annahme des Antrages entscheidet der Vorstand. Die Annahmeerklärung erfolgt in der Regel durch Aushändigung oder Angebot des Versicherungsscheins. Für die Ablehnung brauchen Gründe nicht angegeben zu werden; sie ist aber dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Die Aufnahme- und Schreibgebühr ist von der Gesellschaft zurückzuerstatten, wenn der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

3. Die Annahme des Antrages kann von einem Altersnachweis abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.

4. Dem Antragsteller müssen die Versicherungsbedingungen mit dem zugehörigen Tarif spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheins übergeben werden.

5. Der Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer erteilt der Gesellschaft für sich und seine von ihm gesetzlich vertretenen Familienangehörigen die Befugnis, über bestehende oder frühere Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sozialen Versicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt die betreffenden Ärzte, Versicherungsträger, Krankenanstalten, Behörden usw., der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen. Die gleichen Verpflichtungen haben die geschäftsfähigen mitversicherten Personen.

§ 4. Willenserklärungen.

1. Alle Willenserklärungen und Anzeigen, die nach Stellung des Versicherungsantrages oder bei oder nach Abschluß des Versicherungsvertrages der Gesellschaft gegenüber abgegeben werden, haben nur dann rechtliche Wirkung, wenn sie dem Vorstand schriftlich zugegangen sind. Agenten sind zur Entgegennahme von Willenserklärungen nicht befugt.

2. Sofern ein Versicherungsnehmer der Gesellschaft eine Wohnungsänderung nicht mitgeteilt hat, genügt es für die Rechtswirksamkeit einer dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebenden Willenserklärung, wenn diese an die letzte der Gesellschaft bekannte Anschrift durch eingeschriebenen Brief abgesandt ist. Die Erklärung ist von dem Zeitpunkt an wirksam, an dem sie ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

3. Kündigung, Anfechtung und Rücktrittserklärung der Gesellschaft sollen durch eingeschriebenen Brief erfolgen.

§ 5. Versicherungsbeginn und Versicherungsende.

1. A. Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämienrate einschließlich Nebengebühren gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Leistungspflicht der Gesellschaft setzt erst mit der Einlösung des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt ein. Sind bei Antragstellung bereits die Beträge entrichtet, die zur Einlösung des Versicherungsscheins erforderlich sind, so setzt die Leistungspflicht der Gesellschaft mit dem Zugang der Annahmeerklärung seitens der Gesellschaft bei dem Versicherungsnehmer bzw. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins ein.

2. Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrage oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht.

Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn die Gesellschaft den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins darauf hingewiesen hat, daß Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht. Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk in dem Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheins hervorgeht, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.

Hat die Gesellschaft den Vorschriften des Abs. 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich.

Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

B 1. Der Versicherungsvertrag endet durch:

- fristmäßige Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
- fristmäßige Kündigung durch die Gesellschaft,
- Tod,
- Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geschäftsgebiets der Gesellschaft,
- Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen, durch die Heilfürsorge bedingt ist,
- Eintritt dauernder Invalidität oder Einweisung in eine Heilanstalt oder in ein Siechenheim,
- Rücktritt,
- Anfechtung,
- fristlose Kündigung des Versicherungsvertrages.

2. Für Versicherte, die gemäß Ziff. 1 a–f ausgeschieden sind, sind Prämien bis zum Schluß des Versicherungsvertrages zu zahlen.

§ 6. Kündigung.

1. Nach Ablauf der im Versicherungsschein festgesetzten Dauer verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf (die Kündigung muß bereits am letzten Tag des vorletzten Monats des Versicherungsjahres bei der Gesellschaft eingegangen sein) von einem der vertragschließenden Teile durch eingeschriebenen Brief gekündigt worden ist. Dar-

auf, daß der Brief nicht eingeschrieben war, können sich weder die Gesellschaft noch der Versicherungsnehmer berufen, wenn im übrigen die schriftlich erfolgte Kündigung rechtzeitig eingegangen ist.

Im Falle einer Änderung der Bedingungen und Tarife gemäß § 28 kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Schluß des zweiten Monats nach dem Wirksamwerden der Änderung kündigen.

2. Das Recht, den Versicherungsvertrag zu kündigen, hat die Gesellschaft nur bis zum Schluß des 3. Versicherungsjahres. Nach Ablauf dieser Frist ist der Versicherungsvertrag — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus den §§ 8 und 10 — seitens der Gesellschaft unkündbar.

3. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer und in den Fällen des § 5 B Ziff. 1 d–f auch während eines Krankenhausaufenthalts (vgl. § 1) nur bis zum Schluß des Versicherungsvertrages.

4. Hat die Gesellschaft im Zeitpunkt ihrer Kündigung (vgl. § 5 B Ziff. 1 b) den Schadenfall gekannt, so erstreckt sich der Anspruch auf Versicherungsleistungen für laufende Schadenfälle nur bis zum Ablauf des dritten Monats nach Schluß des Versicherungsvertrages, nicht aber über eine längere Zeit, als die Leistungspflicht der Gesellschaft nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht. Laufende Schadenfälle sind bei Beendigung des Krankenhausaufenthalts als abgeschlossen anzusehen.

Hat die Gesellschaft im Zeitpunkt der Kündigung den Schadenfall nicht gekannt, so erstreckt sich der Anspruch auf Versicherungsleistungen auch für laufende Schadenfälle nur bis zum Schluß des Versicherungsvertrages.

5. Kündigt die Gesellschaft den Versicherungsvertrag nur für mitversicherte Personen, so kann der Versicherungsnehmer den gesamten Vertrag zum gleichen Termin kündigen, aber nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen seit Empfang der Kündigung durch die Gesellschaft.

§ 7. Höchstleistungsdauer, Aussteuerung.

1. Unter der Voraussetzung, daß die Wartezeiten des § 13 erfüllt sind und eine Leistungspflicht der Gesellschaft vorliegt, gelten bezüglich der Leistungen der Gesellschaft folgende Bestimmungen:

- Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig innerhalb der ersten 13 Wochen seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die vereinbarte Leistung längstens für die Dauer von 13 Wochen.
- Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig innerhalb der 14. bis 52. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die vereinbarte Leistung längstens für die Dauer von 15 Wochen.
- Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig innerhalb der 53. bis 104. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die vereinbarte Leistung längstens für die Dauer von 20 Wochen.
- Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig nach Ablauf der 104. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die vereinbarte Leistung längstens für die Dauer von 26 Wochen.

Die jeweils genannte Höchstleistungsdauer umfaßt auch verschiedene Krankheiten, die während eines Krankenhausaufenthalts gleichzeitig behandelt werden.

Der Beginn der Leistungsdauer wird gerechnet vom ersten Tage der Krankenhausbehandlung an.

2. Krankheiten und deren Folgen, auf Grund derer eine Entschädigung bis zur Höchstleistungsdauer gemäß Ziff. 1 aufgewendet worden ist, gelten als ausgesteuert und bedingen keinerlei weitere Leistungen während der Dauer des Versicherungsvertrages.

3. Die Verpflichtung der Gesellschaft zur Leistung von Krankenhaustagegeld bleibt für alle Krankheiten bestehen, die nicht gemäß den vorstehenden Bestimmungen ausgesteuert und die nicht die Folgen der ausgesteuerten Krankheiten sind.

§ 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

1. Hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine mitversicherte Person bei dem Abschluß, der Abänderung oder der Wiedereinkaufsetzung des Versicherungsvertrages die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, so kann die Gesellschaft nach Maßgabe der §§ 16 bis 22 VVG (Versicherungs-Vertrags-Gesetz) vom Vertrage zurücktreten, ihn anfechten und ihn mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Rechte der Gesellschaft aus dem vorstehenden Absatze entfallen aber nach fünfjährigem Vertragsverhältnis oder nach Ablauf von fünf Jahren seit Abänderung oder Wiedereinkaufsetzung des Versicherungsvertrages, es sei denn, daß wegen folgender Krankheiten die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt ist: Lues, Tuberkulose, Stoffwechsel- und rheumatische Erkrankungen, Steinleiden, Krampfadern sowie Narbenbrüche, Geisteskrankheiten, bei Kindern außerdem Knochen- und Wachstumsveränderungen.

Wenn der Versicherungsnehmer während der Dauer des Versicherungsvertrages durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht ist die Gesellschaft berechtigt, gemäß § 41 VVG zu verfahren.

Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf mitversicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat dann das Recht, innerhalb zwei Wochen seit Zugehen der Rücktrittserklärung mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

2. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich im Falle der Kündigung im Sinne dieses Paragraphen auch für laufende Schadenfälle nur auf die tariflichen Leistungen, die bis zum Zugehen der Kündigung fällig geworden sind.

3. Das Recht der Gesellschaft zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung gemäß § 123 BGB bleibt unberührt.

§ 9. Prämienleistungen.

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Jahresprämien nach dem dem Versicherungsvertrage zugrunde liegenden Tarife entsprechend dem Alter zum Zeit des Beginns des Versicherungsvertrages zu zahlen. Eine Erhöhung der Prämie mit dem Alterwerden des Versicherten ist nur unter der Voraussetzung des § 28 sowie im Rahmen des Tarifs für Kinder zulässig, sobald sie das 15. Lebensjahr vollendet haben.

2. Die Jahresprämie ist im voraus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Die Zahlung kann aber in monatlichen Raten erfolgen. Die erste monatliche Prämienrate ist bei Einlösung des Versicherungsscheins zu zahlen (vgl. § 5). Die übrigen Prämienraten gelten als gestundet, können aber von der Gesellschaft im Schadenfall aufgerechnet werden. Die jeweilige Prämienrate ist am Ersten des betr. Monats im voraus zu zahlen.

3. Die Gesellschaft ist jederzeit berechtigt, vom Versicherungsnehmer auf seine Kosten einen amtlichen Altersnachweis zu verlangen. Im Falle unrichtiger Altersangabe ist — unbeschadet der Rechte der Gesellschaft aus § 8 — die zu wenig gezahlte Prämie zuzüglich 5 % Verzugszinsen nachzuzahlen; etwa zuviel gezahlte Prämien werden auf die folgenden Prämienzahlungen angerechnet oder zurückgezahlt.

4. Die Prämie ist auch nach Eintritt des Versicherungsfalles und während des Bezuges von Schadensleistungen zu zahlen. Die Prämie ist eine Bringschuld und an die zuständige Zahlstelle portofrei zu entrichten. Der Gesellschaft steht es frei, die Prämie gegen eine Abholungsgebühr bis zu 5% jeder Prämienrate, höchstens aber DM 0,50, abbolen zu lassen.

5. Stundung der Prämie kann nur vom Vorstand der Gesellschaft schriftlich genehmigt werden.

§ 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

1. Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so ist die Gesellschaft, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei.

2. Wird die Zahlung einer Folgeprämie oder die Zahlung einer Folgeprämienrate (vgl. § 9) nicht rechtzeitig bewirkt, so werden die gestundeten Raten des laufenden Versicherungsjahres sofort fällig. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung einer Prämie oder Prämienrate kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld — mit dem Hinweis auf die Unwirksamkeit der Stundung des § 9 — und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die rückständige Prämienrate und die weiteren fällig gewordenen Prämienraten innerhalb einer Nachfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Gesellschaft bezeichnete Stelle portofrei zu zahlen. Neben den Porto- und Mahnkosten können einmalige Verzugsgebühren bis zu 5% jeder rückständigen Prämienrate, höchstens aber DM 2,— für jede Prämienrate, erhoben werden.

Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der fällig gewordenen Prämie, Gebühren oder Kosten ganz oder teilweise im Verzuge, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei. Auch ist die Gesellschaft berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Recht der Gesellschaft zur Beitreibung der fällig gewordenen Prämie und Nebenleistungen bleibt unberührt.

3. Die Gesellschaft kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag dergestalt kündigen, daß die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist.

4. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der fällig gewordenen Prämie und Nebenleistungen nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

5. Solange nicht gekündigt und kein Versicherungsfall eingetreten ist, kann der Versicherungsnehmer seinen Verzug dadurch beenden, daß er portofrei an die Gesellschaft diejenige Prämie, die ohne Verzug bis zur Zahlung fällig geworden wäre, sowie die Nebenleistungen zahlt. In diesem Falle tritt die Stundung der Prämie für die folgenden Monate bis zum Schluß des Versicherungsjahres aus § 9 erneut in Kraft.

6. Die Gesellschaft ist nicht berechtigt, über das beim Ablauf der Mahnfrist laufende Versicherungsjahr hinaus Prämien zu fordern.

§ 11. Abtretung und Aufrechnung von Ansprüchen.

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können vom Versicherungsnehmer weder verpfändet noch abgetreten werden. Gegen Forderungen der Gesellschaft kann der Versicherungsnehmer weder aufrechnen noch ein Zurückbehaltungsrecht geltend machen.

§ 12. Ausschlussfristen, Verjährung, Erfüllungsort und Gerichtsstand.

1. Sind Ansprüche auf Versicherungsleistungen abgewiesen, so muß die Klage auf diese Ansprüche innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Monaten, vom Zugehen des Abweisungsbescheides an gerechnet, zugestellt sein. In dem Abweisungsbescheid ist auf die mit Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hinzuweisen.

2. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verlangt werden können.

3. Leistungs- und Erfüllungsort für beide Teile sind die Geschäftsräume am Sitz der Gesellschaft. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsvertrage gegen die Gesellschaft erhoben werden, auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

4. Kosten der Überweisung von Erstattungsbeträgen werden von der zur Zahlung gelangenden Summe abgezogen.

§ 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft (Wartezeiten).

1. Ansprüche auf Versicherungsleistungen gegen die Gesellschaft entstehen grundsätzlich für Krankheiten, die erstmals nach Ablauf der Wartezeit behandelt werden. Die Wartezeit wird von dem im Versicherungsschein angegebenen Tag des Versicherungsbeginns an gerechnet.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

3. Für die nachfolgend bezeichneten Krankheitsgruppen beträgt die Wartezeit sechs Monate:

Konstitutionelle Krankheiten — wie z. B. kindliche Diathesen und Rachitis —, Knochen- und Gelenkdeformitäten, Osteomyelitis, Eingeweidebrüche (Hernien), Wucherungen, Cysten, Geschwülste, chronische Hauterkrankungen, grauer Star, chronische Hals-, Ohren- und Nasenerkrankungen, Kiefererkrankungen, Magen- und Darmgeschwüre, chronische Luftröhren- und Lungenerkrankungen, Tuberkulose jeder Art und Folgen, Herz- und Gefäßerkrankungen, Arteriosklerose, chronische Erkrankungen des Harnapparats, chronische Leber- und Gallenerkrankungen, chronische Unterleibserkrankungen, Steinerkrankungen, Zuckerharnruhr, Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion, Blutkrankheiten, Folgen von Geschlechtskrankheiten, Neurosen, Rückenmarkserkrankungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems — wie z. B. multiple Sklerose u. a. —, chronische rheumatische und neuralgische Erkrankungen, chronische Sehnen- und Muskelerkrankungen.

Ist eine der unter Ziff. 3 aufgeführten, während der Wartezeit behandelten Krankheiten die Folge einer von der Gesellschaft bedingungsgemäß zu entschuldigenden Krankheit, so besteht auch für die Folgekrankheit eine Leistungspflicht der Gesellschaft.

4. Eine Wartezeit besteht nicht

- für Unfälle des täglichen Lebens und auch für Berufsunfälle, sofern diese gegen einen Prämienzuschlag besonders versichert sind. (Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Unfälle infolge von Schlag-, Krampf-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen bedingen eine Leistungspflicht nur dann, wenn für die die Anfälle auslösende Krankheit eine Leistungspflicht besteht.)
- für folgende akute Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Weichselieber, Rückfallfieber.

5. Bei Übergang auf einen Tarif mit höheren oder zusätzlichen Leistungen gelten von dem zu vereinbarenden Zeitpunkt der Tarifänderung ab für die höheren oder zusätzlichen Leistungen die in Ziff. 2 und 3 dieses Paragraphen erwähnten Wartezeiten. Für die unter Ziff. 3 genannten Krankheiten, die während der Vertragsdauer bereits behandelt wurden, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des früheren Tarifs.

§ 14. Anmeldung und Begründung der Entschädigungsansprüche.

1. Die Anmeldung von Entschädigungsansprüchen hat seitens des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters unverzüglich, spätestens innerhalb fünf Tagen nach Einlieferung in das Krankenhaus bei der Gesellschaft oder der zuständigen Geschäftsstelle schriftlich zu erfolgen.

Erfolgt die Anmeldung aus Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit des Versicherten erst nach Ablauf der Frist, so ist die Gesellschaft leistungsfrei. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt die Gesellschaft zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der der Gesellschaft obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

Ferner ist nach der Entlassung aus dem Krankenhaus der Entlassungsschein innerhalb drei Tagen an die Gesellschaft einzureichen.

2. Die Leistungspflicht der Gesellschaft entfällt, wenn nicht folgende Bedingungen eingehalten sind:

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Anfordern der Gesellschaft alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich sind, insbesondere auf Verlangen der Gesellschaft die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung durch das Zeugnis des ins Krankenhaus überweisenden Arztes und des Krankenhausarztes zu belegen.

§ 15. Leistungsausschluß.

1. Voraussetzung für die Leistungspflicht der Gesellschaft ist, daß die Krankheit, sofern es sich um eine der unter § 13 Ziff. 3 genannten handelt, erstmals nach Ablauf der Wartezeit durch einen Arzt oder Heilpraktiker behandelt worden ist. Eine Behandlung vor Beginn der Versicherung oder während der Wartezeit schließt für die unter § 13 Ziff. 3 genannten Krankheiten oder deren Folgen eine Leistungspflicht der Gesellschaft aus. Für alle dort nicht genannten Krankheiten beeinträchtigt eine frühere oder vor Beginn der Versicherung bereits abgeschlossene Behandlung die Leistungspflicht der Gesellschaft nicht.

2. Versicherungsschutz ist ausgeschlossen bei Anomalien oder körperlichen Fehlern, wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler vor Beginn des Versicherungsvertrages bestanden hat und der Versicherte von dem Bestehen der Anomalie oder des körperlichen Fehlers Kenntnis gehabt hat, oder wenn die Anomalie oder der körperliche Fehler mit Krankheiten in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhang stehen, für die eine Leistungspflicht nach Ziff. 1 nicht besteht.

3. Bei neugeborenen Kindern sind angeborene Erkrankungen und angeborene körperliche Gebrechen von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

4. Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, die auf aktive Teilnahme an inneren Unruhen, an Wettkämpfen, auf Kriegereignisse, auf Vorsatz, auf Genuß von Rauschgiften (Morphium, Kokain, Alkohol, Nikotin usw.), auf schuldhaftes Beteiligung an Schlägereien oder Rauhhandeln zurückzuführen sind, begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Krankenhaustagegeld ist nicht zu zahlen, wenn der Krankenhausaufenthalt auf eine gesetzliche Impfung bzw. deren Folgen, auf Sterilisierung und deren Folgen sowie auf Beseitigung von Schönheitsfehlern oder dgl. zurückzuführen ist.

6. Während eines Aufenthalts in Badeorten und Sommerfrischen wird nur dann ein Krankenhaustagegeld gezahlt, wenn der Krankenhausaufenthalt unabhängig vom Kurzweil erforderlich wurde. Für einen Aufenthalt in Sanatorien, Heilstätten, Entbindungs- und Erholungsheimen usw. besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeldzahlung.

7. Bei Entbindungen, Früh- und Fehlgeburten (auch wenn ein Unfall die Ursache ist), bei Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen, normaler und anormaler Schwangerschaft, sowie für die Folgen der Entbindung und des Wochenbetts besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

8. Bei Geistes- und Gemütskrankheiten, geistigen Störungen, Depressionen, Psychosen oder dgl. sowie Reaktionen anormaler psychischer Konstitution und deren Folgen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, auch dann nicht, wenn vorstehend genannte Krankheiten Folge einer Krankheit sind, für die die Gesellschaft leistungspflichtig ist.

9. Bei Geschlechtskrankheiten und deren Folgen wird die Hälfte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gewährt (vgl. jedoch Einschränkung unter Ziff. 8).

10. Der Einwand der Leistungsfreiheit kann seitens der Gesellschaft bei Krankheiten, Anomalien, körperlichen Fehlern, Unfällen und Verletzungen sowie deren Folgen nicht geltend gemacht werden, wenn diese im Aufnahmeantrag seitens des Antragstellers angezeigt und seitens der Gesellschaft durch einen ausdrücklichen Vermerk im Versicherungsschein vom Versicherungsschutz nicht ausgeschlossen sind. Der ausdrückliche Vermerk im Versicherungsschein bedeutet keine Abweichung im Sinne des § 5 A Ziff. 1, sofern der Antragsteller sich mit der Aufnahme des Vermerks einverstanden erklärt hat.

§ 16 entfällt.

§ 17. Verlust des Versicherungsscheins.

Der Versicherungsnehmer kann bei Verlust des Versicherungsscheins jederzeit gegen Erstattung der Kosten von DM 2,— eine Ersatzurkunde verlangen.

§ 18. Örtlicher Geltungsbereich.

Der Versicherungsvertrag ist nur gültig innerhalb der Grenzen Deutschlands. Für die Dauer eines Aufenthalts des Versicherten außerhalb Deutschlands besteht keine Leistungspflicht der Gesellschaft.

§ 19. Umfang der Versicherung.

1. Die Gesellschaft vergütet für den infolge einer Krankheit notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt nach dem Tarif NK 1 ein Tagegeld von DM 5,—, nach Tarif NK 2 ein Tagegeld von DM 10,— und nach Tarif NK 3 ein solches von DM 15,— für die in den Versicherungsbedingungen festgelegte Dauer.

2. Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr erhalten die Hälfte der in Ziff. 1 vorgeschriebenen Sätze. Nach vollendetem 15. Lebensjahr wird ein Krankenhaustagegeld in der in Ziff. 1 festgesetzten Höhe gewährt, vorausgesetzt, daß auch die ab 16. Lebensjahr vorgesehene Prämie gezahlt wurde.

§ 20 entfällt.

§ 21. Zahlungstermine.

Das errechnete Tagegeld wird in monatlichen oder wöchentlichen Teilbeträgen am Schlusse eines jeden Monats oder jeder Woche gegen Quittung des Empfangsberechtigten gezahlt, sofern von der Gesellschaft die Leistungspflicht festgestellt worden ist. Nicht abgeholte Versicherungsleistungen werden auf Kosten des Empfangsberechtigten durch die Post überwiesen.

Rückständige Prämien können von der Versicherungsleistung in Abzug gebracht werden.

§ 22 entfällt.

§ 23. Allgemeines über Krankenhausaufenthalt.

1. Die Wahl des Krankenhauses steht dem Versicherten unter den von der Gesellschaft anerkannten Krankenhäusern frei. Als von der Gesellschaft anerkannte Krankenhäuser gelten:

- a) Krankenanstalten einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder Stiftung, die Kranke jeder Art zur ärztlichen Behandlung aufnehmen, ferner Universitätskliniken,
- b) private Krankenhäuser und Privatkliniken, die Kranke jeder Art zur ärztlichen Behandlung aufnehmen — im Falle von Operationen, die im allgemeinen nur klinisch ausgeführt werden, auch sonstige private Krankenhäuser oder Privatkliniken.

Befindet sich im Wohnsitz des Versicherten ein Krankenhaus, in das die Aufnahme erfolgen kann, so zahlt die Gesellschaft Versicherungsleistungen bei Krankenhausbehandlungen an anderen Orten nur dann, wenn die Gesellschaft vorher ihre Zustimmung schriftlich erteilt hat.

§ 24. Nachuntersuchung.

Die Gesellschaft ist zur Feststellung ihrer Leistungspflicht berechtigt, den Erkrankten durch einen von ihr beauftragten Arzt auf ihre Kosten untersuchen zu lassen (vgl. § 1).

§ 25—26 entfallen.

§ 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

1. Die Versicherungen der Tarifgruppe N mit Ausnahme der Tarife NTZ und NKU nehmen gemäß Satzung der Gesellschaft und gemäß einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung an dem nach Vornahme aller satzungsmäßigen Rückstellungen und Austeilungen verbleibenden Reingewinn mit mindestens 75 % unter folgenden Bedingungen teil:

Teilnahmeberechtigt sind nur diejenigen Versicherungen, für die am Ende eines Geschäftsjahres (Kalenderjahr) die Prämienraten für mindestens zwölf Monate gezahlt sind, und für die kein Prämienrückstand besteht.

2. Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird wie folgt ermittelt:

Der gesamte zur Austeilung an die Versicherungsnehmer bestimmte Gewinn wird durch den zwölften Teil der im Geschäftsjahr für die gewinnberechtigten Versicherungen vereinnahmten Prämien dividiert. Das Divisionsergebnis ist die in Hundertteilen einer Monatsprämienrate ausgedrückte Gewinnbeteiligung für die einzelne gewinnberechtigte Versicherung.

3. Zur Austeilung gelangen stets nur Gewinnanteile, die ein volles Vielfaches einer Monatsprämienrate ausmachen. Verbleibende Reste werden solange auf die Folgejahre vorgetragen, bis sie ein volles Vielfaches einer Monatsprämienrate ergeben.

4. Die Gewinnverteilung erfolgt grundsätzlich durch Verrechnung mit der laufenden Prämie. Eine Bagauszahlung wird nicht gewährt.

5. Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung soll für jedes abgelaufene Geschäftsjahr spätestens beginnen mit der am 1. Juli des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres fällig werdenden monatlichen Prämienrate. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Gewinnverrechnung. Während der Gewinnverrechnung ausscheidende Versicherungsnehmer haben den Anspruch auf die Gewinnbeteiligung nur, soweit sie mit den Prämienraten, die ab 1. Juli fällig werden, verrechnet werden kann.

§ 28. Änderung der AVB.

Die Gesellschaft kann nach gemeinsamem Beschluß von Aufsichtsrat und Vorstand mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungsverträge die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Tarif ändern. Eine etwaige vorzunehmende Änderung wird wirksam mit dem Ersten desjenigen Monats, der auf die Zustellung der Änderungsmitteilung folgt (vgl. § 6 Ziff. 1 Abs. 2). Die Geltendmachung von Ansprüchen auf Grund geänderter Bedingungen für Versicherungsfälle, die vor dem Wirksamwerden der Änderung eingetreten sind, ist ausgeschlossen.

§ 29. Stempelkosten.

Die gesetzlichen Stempelkosten und sonstigen behördlichen Abgaben fallen dem Versicherungsnehmer oder dessen Rechtsnachfolger zur Last.

Zuletzt genehmigt durch Verfügungen des Aufsichtsamts für das Versicherungswesen in Berlin — Tgb.-Nr. VII 3197 U. 7 —
und

des Zonenamts des Reichsaufsichtsamts für das Versicherungswesen (i. Abw.), Hamburg — Tgb.-Nr. IV 392 — 161 — 51 — vom 15. 2. 1951.



AUFBEWAHREN!

DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.
BERLIN-SCHÖNEBERG

Wollen Sie gut von uns bedient werden?

Dann beachten Sie bitte folgendes:

Geben Sie bei **Zuschriften** immer Ihre **Versicherungsschein-Nr.** an. Reichen Sie die **Arzneirechnungen** nur **zusammen mit der Arztrechnung** ein. Rechnungen müssen enthalten:

- a) Vor- und Zuname des Versicherten bzw. des versicherten Familienmitgliedes,
- b) Beginn und Ende der Behandlung,
- c) Krankheitsbezeichnung,
- d) die Daten der einzelnen Beratungen und Besuche,
- e) Aufgliederung der ärztlichen Sonderleistungen durch Angabe der Ziffern nach der Gebührenordnung (Preugo).

Melden Sie höhere Entschädigungsansprüche umgehend. Kostenrechnungen, die insgesamt den Betrag von DM 50,— für jede versicherte Person übersteigen, sind unbedingt innerhalb der im § 14 Ziff. 2 b der AVB genannten Fristen einzureichen. Kleinere Rechnungen können gesammelt eingereicht werden, jedoch sind auch diese spätestens nach Ablauf von 9 Monaten nach beendeter Behandlung vorzulegen.

Geben Sie uns bitte an, wohin und wie die Entschädigung gezahlt werden soll (durch Postbarscheck, Bank- oder Postschecküberweisung?).

Wir versprechen Ihnen unter dieser Voraussetzung schnelle Erledigung Ihrer Versicherungs-Angelegenheiten!

Zahlen Sie uns aber auch **bitte pünktlich Ihre Prämie**; sie ist am 1. eines jeden Monats fällig. Damit wird eine Mahnung im beiderseitigen Interesse vermieden. Besitzen Sie ein Konto, empfehlen wir einen Dauerüberweisungsauftrag zu erteilen. Bei Vorauszahlung der Jahresprämie vergüten wir ein Skonto von 3%.

Für Versicherte der Tarife NT und NTA (Krankengeld):

Fordern Sie innerhalb 3 Tagen nach eingetretener Erwerbsunfähigkeit einen Fragebogen an! Lassen Sie ihn vom behandelnden Arzt ausfüllen und senden Sie ihn sofort zurück. Erneuern Sie bei längeren Krankheiten alle 2 Wochen das ärztliche Attest.

Für Versicherte des Tarifes NK: (Krankenhaustagegeld).

Melden Sie Ihre Krankenhauseinweisung sofort an.

Sind Sie unzufrieden, dann schreiben Sie an den Vorstand des Unternehmens

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

BERLIN-SCHÖNEBERG

Vorstand: Dr. Adolf Tosberg, Vorsitz; Wilhelm Warnecke, Gerhard Giesen
Vorsitzer des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitzler



Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G., Berlin-Schöneberg,
Innsbrucker Straße 26/27

Herrn
Dr. Heinrich Zillich
Schriftsteller

Starnberg/See
Josef-Fischhaber-Str.15

Ihre Hauptversicherungs-
Schein-Nr., die Sie stets
bei Einzahlungen und
Zuschriften angeben
wollen, lautet:

4.096.540-1

Nachtrag Nr. 8
zum Versicherungsschein

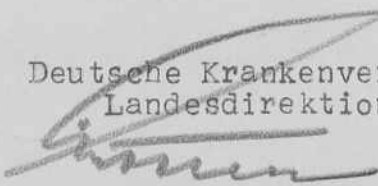
ausgefertigt am: 23.8.54/Hh

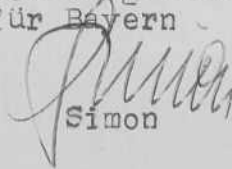
Versicherungs-Schein - Nr. : / Tarif:
4.096.540-1 NI
u. Anschl.
Geschäftsstelle: München

Betr.: Trennung

Hierdurch wird dokumentiert, dass die
Versicherung A 1.031.882 mit Wirkung
vom 1. Juli 1954 von der Hauptversiche-
rung 4.096.540-1 als getrennt gilt.

Deutsche Krankenversicherungs-AG.
Landesdirektion für Bayern


Mittler


Simon

i k g s

DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.

KÖLN/BERLIN

Vorstand: Werner Klencke, Vorsitz - Berend Feddersen - Heinz Paeth - Dr. Helmut Ullmann - Gunther Albers (stellv.)
Vorsitzer des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitzler



Herrn/Frau/Fräulein

DR HEINRICH ZILLICH
SCHRIFTSTELLER

8130 STARNBERG
JOSEF FISCHHABER STR 15

Fil.-/Versicherungs-Nr.
19/297309

VERSICHERUNGSSCHEIN

Im Vertrauen darauf, daß die Angaben im Versicherungsantrag richtig und vollständig sind, verpflichten wir uns, den im Versicherungsschein genannten Personen im Rahmen der aufgeführten Tarife, der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen, etwaiger Besonderer Versicherungs-Bedingungen sowie der gesetzlichen Vorschriften, insbesondere des Gesetzes über den Versicherungsvertrag, Versicherungsschutz zu gewähren. Durch diesen Versicherungsschein nicht beurkundete besondere Vereinbarungen sind nicht verbindlich.

Versicherte Personen (Vorname)	U-Nr.	Geb.-Dat.		Vers.-Beg. am 1. d. Mts.		Versichert nach Tarif	Höhe des Tage- geldes DM	Berufs- unfall- risiko*	Monatliche Prämienrate einschl. eines evtl. Ris.-Zuschl.	
		Mon.	Jahr	Mon.	Jahr				DM	Pf.
HEINRICH	33	5	98	4	6 2	TK	5	KL 1	3	25
MARIA	34	6	08	4	6 2	TK	10	KL 1	5	85
Summe									9	10

WICHTIGER HINWEIS:

Etwaige besondere Vereinbarungen sind in einem Anhang zu diesem Versicherungsschein dokumentiert.

Sind Vermerke rot unterstrichen, so weicht deren Inhalt von dem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab. Sind die Worte „Anhang zum Versicherungsschein“ rot unterstrichen, so weicht der gesamte Inhalt des Anhangs von dem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab. Die Abweichungen gelten als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats schriftlich widerspricht.

* Bei eingeschlossenem Berufsunfall-Risiko sind Berufsänderungen unverzüglich zu melden.

Köln/Berlin, den

11.04.1962

DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.

DKG *Heinrich* *Werner*

Anhang zum Versicherungsschein



Fil.-/Versicherungs-Nr.

19 / 297 309

Die im Antrag enthaltenen „Besonderen Vereinbarungen“ werden wie folgt bestätigt:

Zu Unter-Nr.	Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind
34	Herz-, Kreislauf- u. Gefäßerkrankungen und Folgen

Wenn die Krankheiten

zu Unt. Nr.	34	in	fünf	aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
zu Unt. Nr.		in		aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
zu Unt. Nr.		in		aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
zu Unt. Nr.		in		aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren

weder behandelt worden sind noch Beschwerden verursacht haben, kann der Versicherungsnehmer unter Abgabe einer entsprechenden Gesundheitserklärung die Aufhebung der Leistungseinschränkungen schriftlich beantragen.

Bereits nach Ablauf der Hälfte der genannten Fristen kann der Versicherungsnehmer, sofern er die Erklärung abgibt, daß die Krankheiten weder behandelt worden sind, noch Beschwerden verursacht haben, die Prüfung beantragen, ob die Einschränkungen gegen Zahlung eines Risikozuschlages vorzeitig aufgehoben werden können.

ikgs



19 297 309

Anhang zum Versicherungsschein



Fil./Versicherungs-Nr.

19/ 297 309

Die im Antrag enthaltenen „Besonderen Vereinbarungen“ werden wie folgt bestätigt

Zu Unter-Nr.	Für folgende Krankheiten wird der Versicherungsschutz im Rahmen der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen gegen Entrichtung eines Risikozuschlages übernommen.	% d. monatl. Prämienrate
33	Herz-, Kreislauf-u. Gefäßerkrankungen u. Folgen	30 %
34	Degenerative Gelenkerkrankungen und Folgen	30 %

In Abänderung der Bestimmungen des § 15 Ziff. 1 AVB fallen die oben bezeichneten Krankheiten vom Ablauf der Wartezeit an auch dann unter Versicherungsschutz, wenn sie innerhalb der Wartezeit behandelt wurden. Das gilt auch für einen bei Ablauf der Wartezeit bereits eingetretenen Versicherungsfall. Dem Versicherungsschutz unterliegt aber nicht derjenige Abschnitt des Versicherungsfalles, der in die Wartezeit fällt.

Wenn die Krankheiten

zu Unt. Nr.	33	in	drei	aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
zu Unt. Nr.	34	in	drei	aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
zu Unt. Nr.		in		aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
zu Unt. Nr.		in		aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren

weder behandelt worden sind, noch Beschwerden verursacht haben, kann der Versicherungsnehmer eine Überprüfung der Risikozuschläge mit dem Ziel der Minderung oder Aufhebung beantragen. Dazu bedarf es eines schriftlichen Antrages mit gleichzeitiger Abgabe einer entsprechenden Gesundheitserklärung.

Anhang zum Versicherungsschein

Besondere Bedingungen:

Unter-Nr.



33

Die Behandlung der Schwerhörigkeit ist für die Dauer
des Vertrages vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.



DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.G.

KÖLN/BERLIN

Vorstand: Werner Kiencke, Vorsitz · Berend Feddersen · Heinz Paeth · Dr. Helmut Ullmann · Gunther Albers (stellv.)
Vorsitzer des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitzler30.8.62
Schu (n.eingetr.)

Geschäftsstelle

L.D. München

Ergänzende Vereinbarung A 76

Antrag-Nr.

181211

Vers.-Nr.

19/297 309

Vers.-Nehmer

Dr. Heinrich Zillich

- 1.) Die Deutsche Kranken-Versicherungs-A.G. übernimmt den Versicherungsschutz im Rahmen der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen der im Antrag genannten Tarife auch für folgende Krankheiten:

Name	Krankheiten
A) Maria	Venenerkrankungen und Folgen
B)	
C)	
D)	

In Abänderung der Bestimmungen des § 15 Ziff. 1 AVB fallen die oben bezeichneten Krankheiten vom Ablauf der Wartezeit an auch dann unter Versicherungsschutz, wenn Sie innerhalb der Wartezeit behandelt wurden. Das gilt auch für einen bei Ablauf der Wartezeit bereits eingetretenen Versicherungsfall. Dem Versicherungsschutz unterliegt aber nicht derjenige Abschnitt des Versicherungsfalles, der in die Wartezeit fällt.

- 2.) Ich zahle vom 1. 4. 1962 an

für A) einen Risikozuschlag von 30 ‰, das sind
für B) einen Risikozuschlag von ‰, das sind
für C) einen Risikozuschlag von ‰, das sind
für D) einen Risikozuschlag von ‰, das sind
der jeweiligen monatlichen Prämienrate.

U. Nr. 34 1,35 DM	U. Nr. DM	U. Nr. DM
U. Nr. DM	U. Nr. DM	U. Nr. DM
U. Nr. DM	U. Nr. DM	U. Nr. DM
U. Nr. DM	U. Nr. DM	U. Nr. DM

- 3.) Wenn die Krankheiten zu

A)	in	fünf	aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
B)	in		aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
C)	in		aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
D)	in		aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren

weder behandelt worden sind noch Beschwerden verursacht haben, kann ich eine Überprüfung der Risikozuschläge mit dem Ziel der Minderung oder Aufhebung beantragen.

Vorstehende Ergänzende Vereinbarung bedarf zur Rechtswirksamkeit der Annahmestätigung durch den Vorstand der Gesellschaft.

<i>Italy</i>	31.8.62
Ort	Datum
<i>[Signature]</i>	
Unterschrift des Vers.-Nehmers	

DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.G.

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G. • 5000 Köln 1 • Postfach 488

Herrn
Dr. Heinrich Zillich

8130 S t a r n b e r g

Josef Fischhaber Str. 15



HAUPTVERWALTUNG
KÖLN/RHEIN
HOHENSTAUFENRING 62

Nachtrag
zur Versicherung

Fil.-	Versicherungs-Nr.
19	297 309

 34

Unser Zeichen
a-83-ru

Datum
12.Sept.1962

Die Ergänzenden Vereinbarungen A 76 vom 31.8.62 sind Bestandteil des Vertrages. Die monatliche Gesamtprämie beträgt ab 1.4.62

7,20 DM.
=====

Gleichzeitig wird beurkundet, daß der Ausschluß: "Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen u. Folgen" zum 1.4.62 ersatzlos aufgehoben ist.

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

ikgs

Vorstand: Werner Kiencke, Vorsitzter • Berend Feddersen • Heinz Paeth • Dr. Helmut Ullmann • Gunther Albers (stellv.)
Vorsitzer des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitzler

DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.G.

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G. • Köln 1 • Postfach 488

Herrn
Dr. Heinrich Z i l l i c h
Schriftsteller
8130 S t a r n b e r g
Josef Fischhaber Str. 15



HAUPTVERWALTUNG
KÖLN/RHEIN
HOHENSTAUFENRING 62

Nachtrag
zur Versicherung

Fil.- Versicherungs-Nr.
19/ 297 309 33

Unser Zeichen
a83-ko.

Datum
3.10.1962

Hierdurch wird beurkundet, dass vom 1.4.1962 an die bislang bestehende Leistungseinschränkung für

"Schwerhörigkeit"

aufgehoben ist.

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.



Vorstand: Werner Kiencke, Vorsitzter • Berend Feddersen • Heinz Paeth • Dr. Helmut Ullmann • Vorsitzter des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitzler

30. September 1974

An die
Allgemeine Ortskrankenkasse München, Verw. Stelle Starnberg
Starnberg am See

Sehr geehrte Herren,

ich überreiche Ihnen hier meine Anzeige zur Weiterversicherung bei der AOK.

Ich war freier Schriftsteller, bis ich mich als Lektor bei der Verlagsbuchhandlung Hans Meschendorfer, München, am 15. Mai 1974 anstellen ließ; dieses Arbeitsverhältnis endete mit dem 30.9.1974. Die Krankenversicherung durch die AOK möchte ich freiwillig weiterführen. Deshalb überreiche ich Ihnen den beigelegten Antrag.

Mein monatliches Einkommen kann ich Ihnen nicht angeben, weil sich dieses bei Schriftstellern, wie ich es bin, ständig ändert. Infolge meines Alters nahmen schon vor meiner Anstellung beim Verlag Meschendorfer meine Einkünfte als Schriftsteller erheblich ab. Ich war daher seit Jahren Steuerfrei. Der letzte Steuerbescheid, 1972, Finanzamt Starnberg, vom 21.5.1974, weist als meine Einkünfte aus selbständiger Arbeit DM 5.885 aus. Daraus ergibt sich nach den gesetzlichen Abzügen ein zu versteuernder Einkommensbetrag von DM 2.655, also keine Einkommensteuer-Verpflichtung.

Ich bitte Sie, dies bei der Festsetzung meines Beitrags zur Krankenversicherung zu berücksichtigen.

Ihr ergebener

Anzeige

Durchschrift für den Versicherten!

zur Weiterversicherung

bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München nach § 313 RVO

Ich beantrage die freiwillige Weiterversicherung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München und gebe hierzu nach bestem Wissen folgendes an:

Familienname: **Dr. Dr. h. c. Zillich**

Vornamen: **Heinrich**

Geburtsdatum: **23.5.1898**

Geburtsort: **Kronstadt**

Wohnort: **Starnberg**

Straße und Hs.-Nr.: **Schießstättstr. 12**

Familienstand: ledig ☐, verheiratet ☒, verwitwet ☐, gesch. ☐

Ich war versichert bis **30.9.74** bei der **AOK München** Krankenkasse
in **München** und beschäftigt bei **Verlagsbuchh. Hans Meschendorfer**
bis **30.9.74** als **Lektor** wöchentlich/monatlich **429** DM.
Mein letztes Brutto-Entgelt betrug wöchentlich/monatlich
Ich bin jetzt beschäftigt bei

als DM

Ich habe jetzt ein monatliches Brutto-Einkommen von DM

Bei Krankheit werden meine Bezüge für Wochen/Monate weitergezahlt.

Mein Ehegatte hat ein monatliches Netto-Gesamteinkommen von DM.

Von diesem Einkommen ist der Lebensunterhalt für Kinder zu bestreiten.

Ich bin selbständig/freiberuflich tätig als **Schriftsteller**

Ich beziehe/bezog Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe/Unterhaltsgeld
vom bis Bezugs-Stamm-Nr.

Ich habe am Antrag auf Rente aus der Rentenversicherung
der Angestellten/Arbeiter gestellt.

Ich beziehe seit Rente aus der Rentenversicherung der
Angestellten/Arbeiter — nach dem Bundesversorgungsgesetz

Rentenzeichen Geschäftszeichen

Ich beantrage die
freiwillige Versicherung

☐ Anspruch auf Krankengeld

mit/ohne

in der bisherigen Beitragsstufe

in einer niederen Beitragsstufe ☒

und wünsche die Abbuchung meiner Beiträge vom Konto-Nr. **8155**

bei **Spar- und Darlehenskasse München**

ab **1. Oktober 1974**

Die Bankleitzahl lautet:

Das Nichtzutreffende bitte streichen

30.9.1974

Datum

Dr. Dr. h. c. Zillich
(vollständige Unterschrift des Beitretenden)

Ich stimme als gesetzlicher Vertreter dieser Anzeige zu.

Datum

(vollständige Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)



Partner der
Versicherten
und Arbeitgeber

Allgemeine Ortskrankenkasse München

Allgemeine Ortskrankenkasse München
Postfach 20 01 21, 8000 München 2

HERRN
ZILLICH HEINRICH DR.
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

Absender:

Hauptverwaltung:

☐ 8000 München 2, Maistraße 43-47
Telefon (089) 51 65-1 Durchwahl 51 65

Außenstellen:

☐ München-Feldmoching
8000 München 50, Josef-Frankl-Straße 25
Telefon (089) 3 13 10 96 Nebenstelle
☐ München-Pasing
8000 München 60, Am Schützenneck 7
Telefon (089) 88 76 64 Nebenstelle
☐ München-Trudering
8000 München 82, Elritzenstraße 27
Telefon (089) 42 10 76 Nebenstelle
☐ 8060 Dachau, Münchener Straße 60
Telefon (081 31) 7 10 02 Nebenstelle
☐ 8017 Ebersberg, Floßmannstraße 2
Telefon (080 92) 2 10 61 Nebenstelle
☐ 8080 Fürstenfeldbruck, Bahnhofstraße 17
Telefon (081 41) 97 73 Nebenstelle
☒ 8130 Starnberg, Wittelsbacherstraße 16 30
Telefon (081 51) 1 30 21 Nebenstelle
Besuchszeit: Montag bis Freitag 8.30 bis 12.00 Uhr

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen – Sachbearbeiter

Datum

IV/6 Frl. Rexhausen

331 417-6

05.03.80

Betreff:

Freiwillige Krankenversicherung – Beitragsfestsetzung

Sehr geehrtes Mitglied!

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zur Prüfung der Beitragshöhe die freiwillig Versicherten jährlich nach ihren Einkommensverhältnissen zu befragen. Die erforderlichen Auskünfte – so schreibt das Gesetz es vor – sind von Kassenmitgliedern zu erteilen. Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Vordruck gewissenhaft auszufüllen und ihn möglichst innerhalb von 8 Tagen zurückzusenden.

Nach geltendem Recht sind für die Bemessung der Beiträge das „Arbeitsentgelt und die sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zugrunde zu legen. Zu berücksichtigen sind dabei alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen – unvermindert um gesetzliche Abzüge –, die dem Versicherten im Kalenderjahr der Befragung zufließen. Es sind also alle Einnahmen anzugeben, die dem Versicherten zur Sicherstellung seines Lebensunterhaltes zur Verfügung stehen. Bei dieser Einkommensermittlung sind steuerliche Grundsätze nicht zu berücksichtigen.

Für Ihre Bemühungen danken wir.

Mit freundlichen Grüßen

Allgemeine Ortskrankenkasse München

13.3.1980
Korrekturen beim Frl. Rexhausen,
München Im 825- , im Jahr also
Im 10.500, dazu eine und die 2000
als freier Selbstkeller, also
Im 13.375 -



Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.

Konten beim Postscheckamt München (BLZ 700 100 80)
Nr. 675-800 (Ersatzleistungsforderungen)
Nr. 5000-802 (Allgemein und freiwillige Mitglieder)
Nr. 9917-803 (Arbeitgeber und Rentenantragsteller)

ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE MÜNCHEN

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS



Allgemeine Ortskrankenkasse München,
Postfach 20 01 21, 8000 München 2

HERRN/FRAU
DR. HEINRICH ZILlich
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

Öffentliche Dienststunden: Montag bis Freitag von 8.30 bis 12 Uhr
Telefon: (0 89) 51 65-1

Durchwahl: ~~8165/249 268 268 270 oder 475~~

Hauptverwaltung: NEBENSTELLE 30
8000 München 2, Maistraße 43-47

Verwaltungsstellen:

München-Feldmoching, Josef-Frankl-Straße 25, Telefon 3 13 10 96
München-Pasing, Am Schützeneck 7, Telefon 88 76 64
München-Trudering, Elritzenstraße 27, Telefon 42 10 76
Dachau, Münchener Straße 60, Telefon (0 81 31) 7 10 02
Ebersberg, Floßmannstraße 2, Telefon (0 80 92) 2 10 31
Fürstenfeldbruck, Bahnhofstraße 17, Telefon (0 81 41) 97 73
Starnberg, Wittelsbacherstraße 16, Telefon (0 81 51) 1 30 21

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen
(Bitte bei Antwort angeben)

München,

Betrifft:
Freiwillige Versicherung

IV/6-
FR. REXHAUSEN
331 417-6 28.04.80

Sehr geehrtes Mitglied!

Wir danken für die Beantwortung unserer Anfrage. Aufgrund Ihrer nunmehrigen Einkommensverhältnisse ist der Beitrag für Ihre freiwillige Versicherung neu festzusetzen und zwar

ab 01.05.80

in Beitragsstufe ⁰³⁷, Beitragsgruppe 2000* auf monatlich 148,74 DM.

Wir bitten um Verständnis, daß wir Ihnen im Vollzug des gesetzlichen Auftrags diese Mehrbelastung nicht ersparen können.

Mit freundlichen Grüßen

Allgemeine Ortskrankenkasse München

* BEI DIESER VERSICHERUNGSART BESTEHT IM FALLE DER ARBEITSUNFAEHIGEN
ERKRANKUNG ANSPRUCH AUF KRANKENGELD VON DEM TAG AN, DER DEM TAG
FOLGT, AN DEM SIE AERZTLICH FESTGESTELLT WIRD.

ikgs

Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.

27.12.1980

Mitglieds-Nummer 331 417-6

An
Allgemeine Ortskrankenkasse München
Nebenstelle 30
Wittelsbacherstraße 16
8130 Starnberg

Ihr Zeichen IV/6 Frl. Rexhausen

Sehr geehrtes Fräulein Rexhausen,

ich ~~erinnere~~ Sie an meine Einkommens-Angabe vom 13. März 1980 und teile Ihnen mit, daß ich die Leitung der "Südostdeutschen Vierteljahresblätter" des Südostdeutschen Kulturwerkes, München, in Anbetracht meines Alters von bald 83 Jahren ab 1. Januar 1981 abgegeben habe.

Damit verliere ich fortan ein Einkommen von monatlich DM 875, jährlich also 10.500 . Da meine Redaktionstätigkeit auf Honorarbasis ohne Versicherungsbeitragsleistung verlaufen war, beziehe ich aus ihr ~~jetzt~~ nicht einen Pfennig mehr. Ich bin nun ohne festes Einkommen.

Wie ich mit meiner Frau fortan existieren werde, hängt von unseren Kindern ab, die uns nicht im Stich lassen. Was mir gelegentlich aus schriftstellerischen Arbeiten noch zufließen mag, ist nicht voraussehbar. Meine Bücher, fast alle vergriffen, werden mir zunächst, da Neuauflagen nicht in Kürze zu erwarten sind, nichts mehr einbringen.

Angesichts dieser betrüblichen Tatsachen bitte ich Sie, meine Monatsbeiträge für die AOK herabzusetzen.

Ich sehr ergebener

ikgs

ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE MÜNCHEN

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS



Allgemeine Ortskrankenkasse München,
Postfach 20 01 21, 8000 München 2

Öffentliche Dienststunden: Montag bis Freitag von 8.30 bis 12 Uhr
Telefon: (0 89) 51 65-1

Durchwahl: 5165/240, 268, 269, 270 oder 475

Hauptverwaltung:

8000 München 2, Malstraße 43-47

Verwaltungsstellen:

München-Feldmoching, Josef-Frankl-Straße 25, Telefon 3 13 10 96

München-Pasing, Am Schützeneck 7, Telefon 88 76 64

München-Trudering, Elritzenstraße 27, Telefon 42 10 76

Dachau, Münchener Straße 60, Telefon (0 81 31) 7 10 02

Ebersberg, Floßmannstraße 2, Telefon (0 80 92) 2 10 31

Fürstenfeldbruck, Bahnhofstraße 17, Telefon (0 81 41) 97 73

Starnberg, Wittelsbacherstraße 16, Telefon (0 81 51) 1 30 21

Herrn
Dr. Heinrich Zillich
Hirschanger 1

8130 Starnberg

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen
(Bitte bei Antwort angeben)

München,

IV/6 -

19.01.81

331 417-6

Betrifft:

Freiwillige Versicherung

Sehr geehrtes Mitglied!

~~Wir danken für die Beantwortung unserer Anfrage.~~ Aufgrund Ihrer nunmehrigen Einkommensverhältnisse ist der Beitrag für Ihre freiwillige Versicherung neu festzusetzen und zwar

ab 01.01.81

in Beitragsstufe 30 , Beitragsgruppe 3000 auf monatlich 83,70 DM. (ohne Krankengeld)

~~Wir bitten um Verständnis, daß wir Ihnen im Vollzug des gesetzlichen Auftrags diese Mehrbelastung nicht ersparen können.~~

Mit freundlichen Grüßen

Allgemeine Ortskrankenkasse München



Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.

27. April 1981/g

Deutsche Krankenversicherung AG
Hauptverwaltung

Aachener Straße 300
5000 Köln 41

Betreff: Krankenhaus-Tagegeldversicherung Nr. 37/12 973 098.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Für Ihren Brief vom 10.2.1981 danken wir.

Namens Ihres Versicherungsnehmers kündigen wir den Versicherungs-
vertrag (mit allen seinen Unter-Nummern) zum nächsten, vertraglich
zulässigen Zeitpunkt.

Bestätigen Sie uns bitte den Eingang der Kündigungserklärung und
teilen Sie uns den Tag des Versicherungsendes mit.

Die Vollmacht Ihres Versicherungsnehmers fügen wir bei.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Zillich

Rechtsanwalt



27. April 1981/g

Hamburg-Mannheimer
Versicherungs-AG
Hauptverwaltung

Überseering 45
2000 Hamburg 60

Betreff: Sterbegeldversicherungsverträge Nr. 37/12 973 098/81
und /82 (früher offenbar Nr. 900/006 434 und 900/006
435).

Sehr geehrte Damen und Herren!

An Ihren Brief vom 23.2.1981, gerichtet an Ihren Versicherungs-
nehmer, knüpfen wir an.

Ihr Versicherungsnehmer hat inzwischen die Versicherungsscheine,
die am 11.8.1954 erteilt worden waren, gefunden.

Wir haben nachgerechnet: Mit monatlichen Prämien von DM 5.62 und
DM 3.71 werden bis zum 30.6.1981 insgesamt gezahlt sein DM 1.820.88
und DM 1.202.04. Die Zahlungen übersteigen die Versicherungssummen
ganz erheblich.

Deshalb machen wir Ihnen den Vorschlag, die beiden Versicherungen
ab 1.7.1981 unter Aufrechterhaltung des bis dahin erworbenen Ver-
sicherungsschutzes beitragsfrei zu stellen, zumal die Prämien-
zahlungen Ihren Versicherungsnehmer zunehmend belasten.

Äußern Sie sich bitte bald.

Die Vollmacht Ihres Versicherungsnehmers fügen wir bei.

Mit freundlichen Grüßen

ikgs ^{gez. Zillich}
Rechtsanwalt

1. Mai 1981

Hamburg-Mannheimer
Versicherungsgesellschaften

Geschäftsräume: Überseering 45, Hamburg; Telegrammschrift: Hamavag Hamburg; Fernschreiber 021 74 600 und Ruf: (040) 6 3761 oder Durchwahl; Postanschrift: Hamburg-Mannheimer, Postfach 60 10 60, 2000 Hamburg 60

Herrn
Dr. Jobst Zillich und
Dr. Frank Zillich
Maximiliansplatz 16

8000 München 2

Ihre Nachr.: 27. 4. 1981
Ihr Zeichen: -
Durchwahl-Nr. 63 76 27 09
Unsere Abtl.: KL-SAM
Unser Zeichen: schr-sc

12. Mai 1981

Fortsetzung Sterbegeld-Versicherung Nr. 37/12973098/81 und 82

Sehr geehrte Herren Rechtsanwälte,

Bei der o.a. Sterbegeldversicherung handelt es sich um eine Todesfallversicherung mit lebenslänglicher Beitragszahlung. Die Versicherungsbeiträge sind daher auch im Falle einer Überzahlung der Versicherungssumme weiter zu entrichten, wenn im Versicherungsfall die vereinbarte Versicherungssumme in voller Höhe ausgezahlt werden soll.

Erreicht die Summe der eingezahlten Sterbegeldversicherungsbeiträge die Höhe der vereinbarten Versicherungssumme oder kommt es wie im vorliegendem Falle zu einer Überzahlung der Versicherungssumme, so entbindet dieser Umstand den Versicherungsnehmer nicht von seiner grundsätzlichen Verpflichtung, die Beiträge bis zum Eintritt des Versicherungsfalles weiter zu entrichten.

Eine Sterbegeldversicherung sichert den anspruchsberechtigten Hinterbliebenen im Falle des Todes der versicherten Person gegen Entrichtung eines gleichbleibenden monatlichen Beitrages die Zahlung eines von vornherein festgelegten Kapitalbetrages zu. Zur Zahlung dieses Kapitalbetrages ist das Versicherungsunternehmen auch dann verpflichtet, wenn der Todesfall bereits kurz nach Abschluß der Versicherung eintritt, also möglicherweise zu einem Zeitpunkt, zu dem für die Versicherung erst ein oder wenige Monatsbeiträge entrichtet worden sind.

Diese weitgehende Verpflichtung kann ein Versicherungsunternehmen nur deshalb eingehen und erfüllen, weil innerhalb der

ikgs

- 2 -

Versichertengemeinschaft jeder Versicherte zum Sterbegeld jedes anderen Versicherten beiträgt. Dies geschieht in der Weise, daß bei jeder Sterbegeldversicherung nur ein Teil des Beitrages für diese selbst angespart, der andere Teil des Beitrages dagegen im wesentlichen als sog. Risikoanteil dazu verwendet wird, die Versicherungsleistung bei Sterbefällen anderer Versicherter aufzubringen. Die Höhe des monatlichen Beitrages, vor allen Dingen die Höhe des darin enthaltenen Risikoanteils richtet sich nach dem Eintrittsalter des Versicherten. Dieser Risikoanteil ist zwangsläufig um so höher, je älter der Versicherte bei Beginn der Versicherung ist, da mit steigendem Alter das Sterblichkeitsrisiko wächst.

Sollte im Hinblick auf die bevorstehende oder bereits eingetretene Überzahlung die weitere Beitragszahlung eingestellt werden, so treten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Fall der Nichtzahlung von Folgebeiträgen genannten Rechtsfolgen ein. Die betreffende Versicherung wandelt sich, sofern sie mindestens drei Jahre bestanden hat und die geschäftsplanmäßig vorgesehene Mindestversicherungssumme erreicht wird, in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme um. Auf Antrag wird anstelle einer Umwandlung der vorhandene Rückkaufswert der Versicherung ausgezahlt.

Für den Fall, daß Sie die Beitragszahlung zum 1. 5. 1981 einstellen, können wir den bisher gewährten Versicherungsschutz nicht aufrecht erhalten. Es ergeben sich dann folgende Werte:

Unter Nr.	81	
beitragsfreie Versicherungssumme	DM	774,--
Rückkaufswert	DM	692,17

Unter Nr.	82	
beitragsfreie Versicherungssumme	DM	743,--
Rückkaufswert	DM	612,91

Die Versicherungen sind am Überschuß der Gesellschaft beteiligt. Ihr Überschußanteil, der sich gegenwärtig auf DM 335,09 zu U-Nr. 81 und DM 221,21 zu U-Nr. 82 stellt, wird im Falle einer vorzeitigen Aufhebung mit dem Rückkaufswert ausgezahlt. Bei einer Beitragsfreiumwandlung wird er weiter verzinst und kommt im Versicherungsfall mit der beitragsfreien Summe zur Auszahlung.

Der Rückkaufswert ist im allgemeinen erheblich niedriger als die Summe der eingezahlten Beiträge. Entsprechendes gilt für die beitragsfreie Versicherungssumme. Der Rückkaufswert ergibt sich aus der Deckungsrückstellung durch einen im Geschäftsplan vorgesehenen Abzug. Die Deckungsrückstellung einer Versicherung wird durch verzinsliche Ansammlung eines Teils der für die Ver-

- 3 -

sicherung gezahlten Beiträge gebildet. Der zur Ansammlung verwendete Teil des Beitrages ist ebenso wie der Zinsfuß durch den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan der Gesellschaft festgelegt. Der Rest des Beitrages ist dazu bestimmt, die durch Tod fällig werdenden Versicherungssummen zu zahlen und die Kosten der Verwaltung, vor allem die Abschlußkosten zu decken.

Die beitragsfreie Versicherungssumme wird aus der Deckungsrückstellung nach versicherungstechnischen Grundsätzen gemäß dem von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplan errechnet.

Mit freundlicher Empfehlung

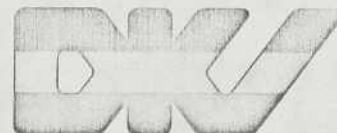
Kollektivabteilung

1 + Hooten



Deutsche Krankenversicherung

Aktiengesellschaft Köln/Berlin



Hauptverwaltung Köln

Deutsche Krankenversicherung · Postfach 10 05 88 · 5000 Köln 1

Herren Rechtsanwälte
Dr. Jobst und Dr. Frank Zillich
Maximiliansplatz 16

8000 München 2

Ihre Nachricht vom/Zeichen	Filial-/Versicherungs-Nr.	Unser Zeichen	Durchwahl-Tel.-Nr. (02 21)	Köln
27.04.81	37/12 973 098	VESG3-SD62	578 4405	14.05.1981
Bei Schriftwechsel/Zahlungen bitte angeben				

Versicherungsnehmer Dr. Heinrich Zillich, 8130 Starnberg

Sehr geehrte Herren Rechtsanwälte!

Eine Krankenversicherung kann zum Ablauf eines Versicherungsjahres beendet werden.

Das Versicherungsjahr der Tarife NK und TK richtet sich nach dem Beginn der Versicherung.

Folgende Aufhebungstermine haben wir notiert:

Unter-Nrn. 31 und 32 zum 31.05.1982

Unter-Nrn. 33 und 34 zum 31.03.1982

Nach der Beendigung des Krankenversicherungsvertrages werden wir die Sterbegeld-Versicherungen zur weiteren Verwaltung an die Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG abgeben.

Mit freundlichem Gruß

Bearbeitet im Bereich Vertrag von Herrn Krutsch



Geschäftsräume:
Aachener Straße 300 · Köln 41
Telefon: (02 21) 57 81
Telex: 08-881 634

Für Beitragszahlungen:
Postscheckamt Köln (BLZ 370 100 50) Kto.-Nr. 1970 00-507
Dresdner Bank AG, Köln (BLZ 370 800 40) Kto.-Nr. 3 100 200
Westd. Landesbank, Girozent. Köln (BLZ 370 500 00) Kto.-Nr. 411 165

Für sonstige Zahlungen:
Postscheckamt Köln (BLZ 370 100 50) Kto.-Nr. 1885 72-502
Dresdner Bank AG, Köln (BLZ 370 800 40) Kto.-Nr. 3 095 800

Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg HRB 1690, Vorstand: Hans Georg Timmer, Vorsitzender
Dr. Horst Othmann · Georg Lohm · Reinhard Reibhaarberg · Jens Kleides (Stellv.) · Hans Lunge (Stellv.) · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Björn Kuhn

Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft Köln/Berlin



Herrn/Frau/Fräulein

Dr HC Heinrich Zillich
Hirschanger 1
8130 Starnberg

Nachtrag
zur Versicherung

Filial- Versicherungs-Nr. U.-Nr.
37112973098 33

Datum
17.03.82

Unser Zeichen
VEJGOT

Sehr geehrter Versicherter,

die Versicherung der obengenannten Unternummer erlischt vom 1. des Monats

04.82 an.

Zum gleichen Termin erlöschen die Versicherungen

U.-Nr. 34 U.-Nr. U.-Nr. U.-Nr. U.-Nr. U.-Nr. U.-Nr. U.-Nr.

☒ Ihr mtl. Beitrag* für alle unter der obengenannten Vers.-Nr. geführten Versicherungen beträgt

☐ Unsere Beitragsforderung einschließlich Kosten bis zum Aufhebungstermin beträgt

6,67 DM

* Beitrag = Prämie

Mit freundlichem Gruß
Deutsche Krankenversicherung AG

Unsere Anschrift:
Postfach 100588 · 5000 Köln 1 · Aachener Straße 300
Telefon: (0221) 5781 · Telex: 08-881634

Für Versicherte in Berlin
Innsbrucker Straße 26/27 · 1000 Berlin 62
Telefon: (030) 85021 · Telex: 01-84251 dkvb

Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg HRB 1590. Vorstand: Hans Georg Timmer, Vorsitzender
Dr. Horst Gittermann · Georg Ludwig · Bernhard Schattenberg · Jens Kiencke (stellv.) · Horst Lange (stellv.) · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Kalbaum

14. Mai 1981/g

Herrn
Dr. Heinrich Zillich

Hirschanger 1
8130 Starnberg

Lieber Huckel!

Die Hamburg-Mannheimer Versicherungsgesellschaft schreibt mir wegen Eurer Sterbegeldversicherungen laut anliegender Fotokopie.

Es gibt nun drei Möglichkeiten:

1. Die beiden Versicherungen werden aufrechterhalten. Dann müssen weiter die bisherigen Prämien gezahlt werden. Tritt der Versicherungsfall ein, so werden die Versicherungssummen von je DM 1.000.-- und die Überschußanteile gezahlt.
2. Die Versicherungen werden beitragsfrei gestellt. Dann entfallen die Prämienzahlungen. Bei Eintritt des Versicherungsfalls werden DM 774.-- + derzeit DM 335.09 und DM 743.-- + derzeit DM 221.21 gezahlt.
3. Die Versicherungen werden vorzeitig, etwa zum 1.6. oder 1.7. 1981, aufgehoben. Dann werden Beträge von DM 692.17 + DM 335.09 und DM 612.91 + DM 221.21 sofort ausgezahlt.

Wenn ich Euch am Wochenende besuche, können wir darüber sprechen, welche Möglichkeit gewählt werden soll.

Viele Grüße

Dein Jobst
i k g s

25. Mai 1981/g

Herrn
Dr. Heinrich Zillich
Hirschanger 1
8130 Starnberg

Lieber Hucke!

Der Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG habe ich, wie mit Dir besprochen, auf den Brief vom 12.5.1981 laut Anlage geantwortet.

Die Deutsche Krankenversicherung AG hat mir laut weiterer Anlage geschrieben. Die eine Krankenhaus-Tagegeldversicherung endet also am 31.3.1982, die andere am 31.5.1982.

Du zahlst derzeit für alle Versicherungen zusammen einen monatlichen Betrag von DM 26.35. Bitte weise Deine Bank sofort an, nur noch zu zahlen

ab 1.6.1981
ab 1.4.1982
ab 1.6.1982

DM 17.02
DM 9.--
nichts.

Nicht ausgeschlossen ist es, daß die Deutsche Krankenversicherung AG bis zum Ablauf der beiden Krankenhaus-Tagegeldversicherungen noch einmal die Prämien anhebt. Sollte das geschehen, so verständige mich bitte.

Viele Grüße

Dein Jobst



25. Mai 1981/g

Hamburg-Mannheimer
Versicherungs-AG
Hauptverwaltung
Überseering 45
2000 Hamburg 60

Betreff: Sterbegeldversicherungsverträge Nr. 37/12973098/81
und /82; Ihre Abteilung: KL-SAM; Ihr Zeichen:
schr-sc.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Für Ihren ausführlichen Brief vom 12.5.1981 danken wir.

Ihr Versicherungsnehmer zieht die vorzeitige Aufhebung der beiden Versicherungen und die Auszahlung der Rückkaufswerte samt den Überschußanteilen den anderen, von Ihnen erörterten Möglichkeiten vor.

Wir bitten Sie deshalb, die endgültig zu errechnenden Beträge Ihrem Versicherungsnehmer per Scheck zu zahlen. Die Prämienzahlungen hat Ihr Versicherungsnehmer eingestellt.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Zillich

Rechtsanwalt



26. Mai 1981

An die
Raiffeisenbank
Tutzingen Hof-Platz
8130 Starnberg

Sehr geehrte Herren,

allmonatlich ~~zahlte~~ ³⁰⁹ die Deutsche Krankenversicherung, Köln, von meinem
bei Ihnen geführten Konto Nr. 0012682001 eine Versicherungsprämie von
DM 26,35 ein.

Infolge einer Neuregelung dieser Versicherung sinkt die Prämie ab

ab 1.6.1981 auf monatlich DM 17,02

ab 1.4.1982 " " DM 9.-

ab ~~1.6.~~ ^{7.} 6.1982 erlischt sie völlig.

Ich bitte Sie daher, der Deutsche Krankenversicherung, Köln, nur die
eben genannten Beträge von meinem Konto zu überlassen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr ergebener



10. Juni 1981/C

Deutsche Krankenversiche-
rung AG
Hauptverwaltung

Aachener Straße 300
5000 Köln 41

Betreff: Krankenhaus-Tagegeldversicherung Nr. 37/12 973 098.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mit der Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG haben wir die vorzeitige Aufhebung der beiden Sterbegeldversicherungsverträge vereinbart. Prämien für die Sterbegeldversicherungen sind deshalb nicht mehr zu zahlen.

Zum 1.6.1981 wollten Sie noch die Prämien für die Krankenhaus-Tagegeldversicherung und für die Sterbegeldversicherungen einziehen. Unser Mandant hat die Rückbuchung veranlaßt.

Sorgen Sie bitte dafür, daß für die Zeit ab 1.6.1981 allein noch die Prämien für die Krankenhaus-Tagegeldversicherungen mit DM 17,02 monatlich eingezogen werden, jedoch nur für die Zeit bis 31.3.1982. Ab 1.4.1982 bis 31.5.1982 können restliche DM 9,-- monatlich eingezogen werden. Ab 1.6.1983 entfällt jede Prämienzahlung unseres Mandanten.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Zillich

Rechtsanwalt



19. Juni 1981/g

Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG
Hauptverwaltung

Überseering 45
2000 Hamburg 60

Betreff: Sterbegeldversicherungsverträge Nr. 37/12973098/81 und /82;
Ihre Abteilung: KL-SAM; Ihr Zeichen: schr-sc.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ihren Brief vom 4.6.1981 schicken wir, ausgefüllt und unterzeichnet von Ihrem Versicherungsnehmer, zurück.

Gleichzeitig erhalten Sie die beiden Versicherungsscheine, die noch die alten Versicherungsnummern 900/006434 und 900/006435 tragen.

Zahlen Sie bitte nunmehr die errechneten Beträge, und zwar so, wie von Ihrem Versicherungsnehmer angegeben.

Mit freundlichen Grüßen

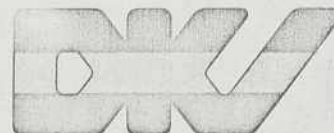
gez Zillich

Rechtsanwalt



Deutsche Krankenversicherung

Aktiengesellschaft Köln/Berlin



Hauptverwaltung Köln

Deutsche Krankenversicherung · Postfach 1005 88 · 5000 Köln 1

Herren Rechtsanwälte
Dr. Jobst und
Dr. Frank Zillich
Maximiliansplatz 16

8000 München 2

Ihre Nachricht vom/Zeichen	Filial-/Versicherungs-Nr.	Unser Zeichen	Durchwahl-Tel.-Nr. (02 21)	Köln
10.06.1981/C	37/12 973 098 Bei Schriftwechsel/Zahlungen bitte angeben	VESG2-B4	578 4405	14.07.1981

Unser Versicherungsnehmer Herr Dr. Heinrich Zillich,
8130 Starnberg

Sehr geehrte Herren Rechtsanwälte!

Korrespondenz mit der Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG hat ergeben, daß die Rückkäufe zu den Sterbegeldversicherungen zum 01.05.81 errechnet und auch bereits ausgezahlt worden sind.

Das bedeutet, daß die Sterbegeldversicherungen mit den Unter-Nrn. 81 und 82 bei uns zum 30.04.1981 gelöscht worden sind. Dadurch ist aus dem Beitragsabruf Mai 1981 ein Guthaben von 9,33 DM entstanden.

Der verbleibende Gesamtbeitrag für die übrigen Versicherungen ist ab 01.05.1981 17,02 DM. Die Lastschrift Juni 1981 ist uneingelöst zurückgekommen. Zum 01.07.1981 haben wir zweimal 17,02 DM = 34,04 DM eingezogen.

Das Guthaben von 9,33 DM wird bei dem Abruf am 01.08.1981 verrechnet.

Mit freundlichem Gruß

Bearbeitet im Bereich Vertrag von Herrn Golm



Geschäftsräume:
Aachener Straße 300 · Köln 41
Telefon: (02 21) 57 81
Telex: 08-881 634

Für Beitragszahlungen:
Postscheckamt Köln (BLZ 370 100 50) Kto.-Nr. 1970 00-507
Dresdner Bank AG, Köln (BLZ 370 800 40) Kto.-Nr. 3 100 200
Westf. Landesbank, Girozentrl. Köln (BLZ 370 500 00) Kto.-Nr. 411 165

Für sonstige Zahlungen:
Postscheckamt Köln (BLZ 370 100 50) Kto.-Nr. 1885 72-502
Dresdner Bank AG, Köln (BLZ 370 800 40) Kto.-Nr. 3 095 800

Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg HRB 1590. Vorstand: Hans Georg Timmer, Vorsitzender
Dr. Horst Gittermann · Georg Ludwig · Bernhard Schattenberg · Jens Kiencke (stellv.) · Horst Lange (stellv.) · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Kalbaum

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.



Sammelstelle
der



**HAMBURG
MANNHEIMER**
VERSICHERUNGS-AKTIEN-GESELLSCHAFT

Anhang zum Versicherungsschein

Die Versicherungsschein-Nummer 900 006 435 wird hiermit geändert in 297309 / 82

Wir bitten Sie, bei allen Zuschriften die neue Versicherungsschein-Nummer anzugeben.

Hamburg, Datum des Poststempels

Restversicherung
↑
ich
↓
Maria

HAMBURG-MANNHEIMER
VERSICHERUNGS-AKTIEN-GESELLSCHAFT

Infum

Reincke

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.



Sammelstelle
der



**HAMBURG
MANNHEIMER**
VERSICHERUNGS-AKTIEN-GESELLSCHAFT

Anhang zum Versicherungsschein

Die Versicherungsschein-Nummer 900 006 434 wird hiermit geändert in 297309 / 81

Wir bitten Sie, bei allen Zuschriften die neue Versicherungsschein-Nummer anzugeben.

Hamburg, Datum des Poststempels



HAMBURG-MANNHEIMER
VERSICHERUNGS-AKTIEN-GESELLSCHAFT

Infum

Reincke



Partner der
Versicherten
und Arbeitgeber

Allgemeine
Ortskrankenkasse
München
VERWALTUNGSSTELLE
STARNBERG
WITTELSBACHERSTR. 16
8130 STARNBERG
TEL. (08151) 13021
NEBENSTELLE 30

Allgemeine Ortskrankenkasse München
Postfach 20 01 21, 8000 München 2

HERRN
ZILLICH HEINRICH DR.
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

Besuchszeit: Montag bis Freitag 8.30 bis 12.00 Uhr

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen – Sachbearbeiter

Datum

IV/6

331 417-6
FR. MARKER

25.08.81

Betreff:

Freiwillige Krankenversicherung – Beitragsfestsetzung

Sehr geehrtes Mitglied!

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zur Prüfung der Beitragshöhe die freiwillig Versicherten jährlich nach ihren Einkommensverhältnissen zu befragen. Die erforderlichen Auskünfte – so schreibt das Gesetz es vor – sind von Kassenmitgliedern zu erteilen. Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Vordruck gewissenhaft auszufüllen und ihn ~~möglichst~~ ^{möglichst} innerhalb von 8 Tagen zurückzusenden.

14

Nach geltendem Recht sind für die Bemessung der Beiträge das „Arbeitsentgelt und die sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zugrunde zu legen. Zu berücksichtigen sind dabei alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen – unvermindert um gesetzliche Abzüge –, die dem Versicherten im Kalenderjahr der Befragung zufließen. Es sind also alle Einnahmen anzugeben, die dem Versicherten zur Sicherstellung seines Lebensunterhaltes zur Verfügung stehen. Bei dieser Einkommensermittlung sind steuerliche Grundsätze nicht zu berücksichtigen.

Für Ihre Bemühungen danken wir.

Mit freundlichen Grüßen

Allgemeine Ortskrankenkasse München

PS:

GLEICHZEITIG WIRD IHNEN GELEGENHEIT GEGEBEN, SICH MIT DER ABZUGEBENDEN ERKLÄRUNG ZU ÄUSSERN, FALLS DIE DARIN GEMachten ANGABEN ZU EINER BEITRAGSAENDERUNG FÜHREN SOLLTEN. WENN SIE VON IHREM ÄUSSERUNGSRECHT NICHT GEBRAUCH MACHEN ODER DIE EINKOMMENSERKLÄRUNG NICHT ABGEBEN, KANN DENNOCH EIN BEITRAGSFESTSETZUNGSBESCHIED ERLASSEN WERDEN (VGL. § 24 ZEHNTES BUCH SOZIALGESETZBUCH –SGB X–).



Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.

Konten beim Postscheckamt München (BLZ 700 100 80)
Nr. 675-800 (Ersatzleistungsforderungen)
Nr. 5000-802 (Allgemein und freiwillige Mitglieder)
Nr. 9917-803 (Arbeitgeber und Rentenantragsteller)

ALLGEMEINE ORTSKRANKENKASSE MÜNCHEN

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS



Allgemeine Ortskrankenkasse München,
Postfach 20 01 21, 8000 München 2

Öffentliche Dienststunden: Montag bis Freitag von 8.30 bis 12 Uhr
Telefon: (0 89) 51 65 - 1

Durchwahl: ~~5165/240 268 280 270 oder 475~~

Hauptverwaltung: NEBENSTELLE 30
8000 München 2, Maistraße 43 - 47

Verwaltungsstellen:

München-Feldmoching, Josef-Frankl-Straße 25, Telefon 3 13 10 96
München-Pasing, Am Schützeneck 7, Telefon 88 76 64
München-Trudering, Elritzenstraße 27, Telefon 42 10 76
Dachau, Münchener Straße 60, Telefon (0 81 31) 7 10 02
Ebersberg, Floßmannstraße 2, Telefon (0 80 92) 2 10 31
Fürstenfeldbruck, Bahnhofstraße 17, Telefon (0 81 41) 97 73
Starnberg, Wittelsbacherstraße 16, Telefon (0 81 51) 1 30 21

83-50
HERRN/FRAU
DR. HEINRICH ZILLICH
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen
(Bitte bei Antwort angeben)

München,

Betrifft:

Freiwillige Versicherung

IV/6 -
FR. MARKER
331 417-6

~~261080~~ 2.8.10.81

Sehr geehrtes Mitglied!

Wir danken für die Beantwortung unserer Anfrage. Aufgrund Ihrer nunmehrigen Einkommensverhältnisse ist der Beitrag für Ihre freiwillige Versicherung neu festzusetzen und zwar

ab 01.11.81

in Beitragsstufe ⁰⁴⁰, Beitragsgruppe 3000* auf monatlich 111,60 DM.

Wir bitten um Verständnis, daß wir Ihnen im Vollzug des gesetzlichen Auftrags diese Mehrbelastung nicht ersparen können.

Mit freundlichen Grüßen

Allgemeine Ortskrankenkasse München

* BEI DIESER VERSICHERUNGSART BESTEHT IM FALLE DER ARBEITSUNFAEHIGEN ERKRANKUNG KEIN ANSPRUCH AUF KRANKENGELD.

RECHTSBEHELFSBELEHRUNG:

GEGEN DIESEN BESCHEID KANN INNERHALB EINES MONATS NACH ZU-
STELLUNG WIDERSPRUCH ERHOBEW WERDEN. DER WIDERSPRUCH IST
SCHRIFTLICH ODER ZUR NIEDERSCHRIFT BEI DER ALLGEMEINEN ORTS-
KRANKENKASSE MUENCHEN, MAISTRASSE 43-47, 8000 MUENCHEN 2,
EINZULEGEN. ES IST ZWECCKMAESSIG, ALLE DER BEGRUENDUNG DES
WIDERSPRUCHS DIENENDEN TATSACHEN VORZUBRINGEN UND BEWEISMIT-
TEL EINZUSENDEN.

Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.

Erklärung

des freiwilligen Mitglieds **ZILLICH HEINRICH DR.**

54230598Z018

Familienstand: verh. Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: 1 (Bitte die Mitgliedsnummer(n) auf der Rückseite dieser Erklärung vermerken, wenn eine freiwillige Versicherung bestehen sollte)

Wenn verheiratet: Meine Ehefrau hat ☐ ein eigenes Einkommen und ist ☐ selbst nicht versichert.
Mein Ehemann ☒ kein ☒ versichert bei AOK (mit mir)
Name der Krankenkasse

☒ Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig als Schneidesteller 2
Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer: — durchschnittliche Zahl meiner wöchentlichen Arbeitsstunden: verschieden

☐ Ich bin beschäftigt bei _____

☐ Bei Krankheit werden meine Bezüge für mindestens 6 Wochen weitergezahlt.

☐ Ich bin nicht berufsmäßig tätig.

Angaben über die Einkommensverhältnisse im Jahre 1981 :

☐ Mein jährliches Brutto-Gesamteinkommen wird höher als 39.600,00 DM sein.
(Wenn Sie diese Erklärung abgeben, sind nachstehende Angaben entbehrlich)

	Mitglied (brutto)	Ehegatte (brutto)
☒ Einkommen aus selbständiger Tätigkeit <i>nicht</i> <i>sicherlich höher als</i>	jährl. <u>14.000</u> DM	<u>—</u> DM
Entnahmen aus dem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhaltes für mich und für meine Familienangehörigen	mtl./jährl. <i>etwa</i> <u>12.000</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Gehalt/Lohn	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Rente aus der Angestelltenversicherung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Rente aus der Arbeiterrentenversicherung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Pensionsbezüge	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Sonstige Rente (z. B. Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz) (Art der Rente: <u>—</u>)	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Vermietung, Verpachtung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Sonstiges Einkommen (z. B. <u>Kapitalerträge</u> , Leibrenten, Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, Sachbezüge usw.) <i>etwa</i>	mtl./jährl. <u>500</u> DM	<u>—</u> DM
(Art des Einkommens: <u>—</u>)		

☐ Ich habe kein eigenes Einkommen. Meinen Lebensunterhalt☐ bestreitet mein Ehegatte (Bitte Einkommen des Ehegatten oben angeben).

☐ bestreitet eine sonstige Person (z.B. Vater, Mutter) _____ in Höhe von mtl. _____ DM.

☐ bestreite ich von _____ in Höhe von mtl. _____ DM

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Diese Angaben sind nach § 180 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung -RVO- erforderlich

9.9.1981
Datum

Unterschrift _____

Raum für Vermerke der Allgemeinen Ortskrankenkasse München

01.01.81

3000

030



Partner der
Versicherten
und Arbeitgeber

Allgemeine
Ortskrankenkasse
München

VERWALTUNGSSTELLE
STARNBERG

WITTELSBACHERSTR. 16

8130 STARNBERG

TEL. (08151) 13021

NEBENSTELLE 30

Allgemeine Ortskrankenkasse München
Postfach 20 01 21, 8000 München 2

HERRN
ZILLICH HEINRICH DR.
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

Besuchszeit: Montag bis Freitag 8.30 bis 12.00 Uhr

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen – Sachbearbeiter

Datum

IV/6

331 417-6

FR. MARKER

11.08.83

Betreff:

Freiwillige Krankenversicherung – Beitragsfestsetzung

Sehr geehrtes Mitglied!

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zur Prüfung der Beitragshöhe die freiwillig Versicherten jährlich nach ihren Einkommensverhältnissen zu befragen. Die erforderlichen Auskünfte – so schreibt das Gesetz es vor – sind von Kassenmitgliedern zu erteilen. Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Vordruck gewissenhaft auszufüllen und ihn ~~möglichst~~ innerhalb von ~~8~~ ²¹ Tagen zurückzusenden.

Nach geltendem Recht sind für die Bemessung der Beiträge das „Arbeitsentgelt und die sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zugrunde zu legen. Zu berücksichtigen sind dabei alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen – unvermindert um gesetzliche Abzüge –, die dem Versicherten im Kalenderjahr der Befragung zufließen. Es sind also alle Einnahmen anzugeben, die dem Versicherten zur Sicherstellung seines Lebensunterhaltes zur Verfügung stehen. Bei dieser Einkommensermittlung sind steuerliche Grundsätze nicht zu berücksichtigen.

Für Ihre Bemühungen danken wir.

Mit freundlichen Grüßen

Allgemeine Ortskrankenkasse München

PS:

GLEICHZEITIG WIRD IHNEN GELEGENHEIT GEGEBEN, SICH MIT DER ABZUGEBENDEN ERKLÄRUNG ZU ÄUSSERN, FALLS DIE DARIN GEMachten ANGABEN ZU EINER BEITRAGSAENDERUNG FÜHREN SOLLTEN. WENN SIE VON IHREM ÄUSSERUNGSRECHT NICHT GEBRAUCH MACHEN ODER DIE EINKOMMENSERKLÄRUNG NICHT ABGEBEN, KANN DENNOCH EIN BEITRAGSFESTSETZUNGSBESCHIED ERLASSEN WERDEN (VGL. § 24 ZEHNTES BUCH SOZIALGESETZBUCH – SGB X –).



Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.

Konten beim Postscheckamt München (BLZ 700 100 80)
Nr. 675-800 (Ersatzleistungsförderungen)
Nr. 5000-802 (Allgemein und freiwillige Mitglieder)
Nr. 9917-803 (Arbeitgeber und Rentenantragsteller)

Erklärung

331 417-6
Mitgliedsnummer

des freiwilligen Mitglieds ZILlich HEINRICH DR.

54230598Z018

Familienstand: verh. Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: — (Bitte die Mitgliedsnummer(n) auf der Rückseite dieser Erklärung vermerken, wenn eine freiwillige Versicherung bestehen sollte)Wenn verheiratet: Meine Ehefrau ☐ ein
Mein Ehemann ☒ kein eigenes Einkommen und ist ☐ selbst nicht versichert.
☐ versichert bei mit mir bei der AOK
Name der Krankenkasse

- ☐ Ich bin selbständig/freiberuflich tätig als Schriftsteller 3
Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer: — durchschnittliche Zahl meiner wöchentlichen Arbeitsstunden: verschieden
- ☐ Ich bin beschäftigt bei —
☐ Bei Krankheit werden meine Bezüge für mindestens 6 Wochen weitergezahlt. —
- ☐ Ich bin nicht berufsmäßig tätig. —

Angaben über die Einkommensverhältnisse im Jahre 1983:

- ☐ Mein jährliches Brutto-Gesamteinkommen wird höher als 45.000,00 DM sein.
(Wenn Sie diese Erklärung abgeben, sind nachstehende Angaben entbehrlich)

	Mitglied (brutto)	Ehegatte (brutto)
☒ Einkommen aus selbständiger Tätigkeit <u>etwa</u>	jährl. <u>6000</u> DM	<u>—</u> DM
Entnahmen aus dem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhaltes für mich und für meine Familienangehörigen	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Gehalt/Lohn	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Rente aus der Angestelltenversicherung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Rente aus der Arbeiterrentenversicherung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Pensionsbezüge	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Sonstige Rente (z. B. Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz) (Art der Rente: <u>—</u>)	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Vermietung, Verpachtung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Sonstiges Einkommen (z. B. Kapitalerträge, Leibrenten, Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, Sachbezüge usw.) <u>etwa</u>	mtl./jährl. <u>500</u> DM	<u>—</u> DM
(Art des Einkommens: <u>—</u>)	<u>—</u>	<u>—</u>

- ☐ Ich habe kein eigenes Einkommen. Meinen Lebensunterhalt
- ☐ bestreitet mein Ehegatte (Bitte Einkommen des Ehegatten oben angeben).
- ☐ bestreitet eine sonstige Person (z. B. Vater, Mutter) — in Höhe von mtl. — DM.
- ☐ bestreite ich von — in Höhe von mtl. — DM.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Diese Angaben sind nach § 180 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung -RVO- erforderlich

22.8.1983
DatumHeinrich Zillich
Unterschrift

Raum für Vermerke der Allgemeinen Ortskrankenkasse München

01.11.81

3000

040



Partner der
Versicherten
und Arbeitgeber

Allgemeine
Ortskrankenkasse
München

VERWALTUNGSSTELLE
STARNBERG
WITTELSBACHERSTR. 16
8130 STARNBERG
TEL. (08151) 13021
NEBENSTELLE 30

Allgemeine Ortskrankenkasse München
Postfach 20 01 21, 8000 München 2

HERRN
ZILLICH HEINRICH DR.
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

IV/6 331 417-6
H. ZIMA

15.12.83

Betreff:
Freiwillige Versicherung – Senkung des Beitragssatzes

Sehr geehrtes Mitglied!

Wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, daß die Ausgabenentwicklung in der jüngsten Vergangenheit günstiger als erwartet verlief und demzufolge die Vertreterversammlung unseres Hauses beschließen konnte, den Beitragssatz mit Wirkung **vom 01. 01. 84 an** von 9,3 v. H. **auf 9,0 v. H.** zu senken.

Dies bedeutet, daß Ihr monatlicher Beitrag

ab 01.01.84 108,00 DM

beträgt.

Wir bitten um Überweisung des neuen Beitrages erstmals für Januar 1984, wobei Sie berücksichtigen wollen, daß die Januarbeiträge bis spätestens 15.02.84 zu entrichten sind. Sofern Sie uns die Ermächtigung zum Einzug der monatlich anfallenden Beiträge erteilt haben, werden wir etwa Mitte Februar 1984 erstmals den neuen Beitrag abbuchen.

Rechtsbehelfsbelehrung: Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Zustellung Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München, Maistraße 43-47, 8000 München 2, einzulegen. Es ist zweckmäßig, alle der Begründung des Widerspruchs dienenden Tatsachen vorzubringen und Beweismittel einzusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Allgemeine Ortskrankenkasse
München



Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.



Partner der
Versicherten
und Arbeitgeber

Allgemeine
Ortskrankenkasse
München

VERWALTUNGSSTELLE
STARNBERG
WITTELSBACHERSTR. 16
8130 STARNBERG
TEL. (08151) 13021
NEBENSTELLE 30

Allgemeine Ortskrankenkasse München
Postfach 20 01 21, 8000 München 2

HERRN
ZILLICH HEINRICH DR.
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen - Sachbearbeiter

Datum

IV/6

331 417-6

H. ZIMA

28.05.85

Freiwillige Krankenversicherung - Beitragsfestsetzung

Sehr geehrtes Mitglied!

Die gesetzlichen Krankenkassen haben zur Prüfung der Beitragshöhe die freiwillig Versicherten jährlich nach ihren Einkommensverhältnissen zu befragen. Die erforderlichen Auskünfte - so schreibt das Gesetz es vor - sind von Kassenmitgliedern zu erteilen. Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Vordruck gewissenhaft auszufüllen und ihn ~~möglichst~~ innerhalb von 8 Tagen zurückzusenden.

14

Nach geltendem Recht sind für die Bemessung der Beiträge das „Arbeitsentgelt und die sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zugrunde zu legen. Zu berücksichtigen sind dabei alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen - unvermindert um gesetzliche Abzüge -, die dem Versicherten im Kalenderjahr der Befragung zufließen. Es sind also alle Einnahmen anzugeben, die dem Versicherten zur Sicherstellung seines Lebensunterhaltes zur Verfügung stehen. Bei dieser Einkommensermittlung sind steuerliche Grundsätze nicht zu berücksichtigen.

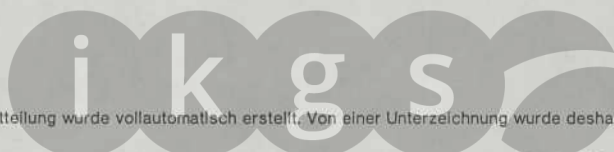
Für Ihre Bemühungen danken wir.

Mit freundlichen Grüßen

Allgemeine Ortskrankenkasse München

PS:

GLEICHZEITIG WIRD IHNEN GELEGENHEIT GEGEBEN, SICH MIT DER ABZUGEBENDEN ERKLÄRUNG ZU ÄUSSERN, FALLS DIE DARIN GEMachten ANGABEN ZU EINER BEITRAGSAENDERUNG FÜHREN SOLLTEN. WENN SIE VON IHREM ÄUSSERUNGSRECHT NICHT GEBRAUCH MACHEN ODER DIE EINKOMMENSERKLÄRUNG NICHT ABGEBEN, KANN DENNOCH EIN BEITRAGSFESTSETZUNGSBESCHIED ERLASSEN WERDEN (VGL. § 24 ZEHNTES BUCH SOZIALGESETZBUCH -SGB X-).



Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.

Besuchzeit:
Montag bis Freitag
8.30 - 12.00 Uhr

Konten beim Postgloamt München (BLZ 70010080)
Nr. 675-800 (Ersatzleistungsforderungen)
Nr. 5000-802 (Allgemein und freiwillige Mitglieder)
Nr. 9917-803 (Arbeitgeber und Rentenantragsteller)

Allgemeine Ortskrankenkasse München

Allgemeine Ortskrankenkasse München

Verwaltungsstelle Starnberg

Wittelsbacherstraße 16, 8130 Starnberg

des freiwilligen Mitglieds ZILlich HEINRICH DR.

Erklärung

331 417-6

Mitgliedsnummer

54230598ZC18

Familienstand: verh. Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: 0 (Bitte die Mitgliedsnummer(n) auf der Rückseite dieser Erklärung vermerken, wenn eine freiwillige Versicherung bestehen sollte)

Wenn verheiratet: Meine Ehefrau hat ☐ ein eigenes Einkommen und ist ☐ selbst nicht versichert.
Mein Ehemann ☒ kein ☒ versichert bei der AOK mit mir
Name der Krankenkasse

- ☒ Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig als Schriftsteller, soweit mein Alter (87 Jahre) es mir 3
Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer: — durchschnittliche Zahl meiner wöchentlichen Arbeitsstunden: 3 *höchstens möglich*
- ☐ Ich bin beschäftigt bei —
☐ Bei Krankheit werden meine Bezüge für mindestens 6 Wochen weitergezahlt. —
- ☐ Ich bin nicht berufsmäßig tätig. —

Angaben über die Einkommensverhältnisse im Jahre 1985:

- ☐ Mein jährliches Brutto-Gesamteinkommen wird höher als 48.600,00 DM sein.
(Wenn Sie diese Erklärung abgeben, sind nachstehende Angaben entbehrlich)

	Mitglied (brutto)	Ehegatte (brutto)
☒ Einkommen aus selbständiger Tätigkeit <u>bezüg 1984</u>	jährl. <u>1.789</u> DM	<u>—</u> DM
Entnahmen aus dem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhaltes für mich und für meine Familienangehörigen	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Gehalt/Lohn	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Rente aus der Angestelltenversicherung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Rente aus der Arbeiterrentenversicherung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Pensionsbezüge	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Sonstige Rente (Art der Rente: <u>—</u>)	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☐ Vermietung, Verpachtung	mtl./jährl. <u>—</u> DM	<u>—</u> DM
☒ Sonstiges Einkommen (z. B. Kapitalerträge, Leibrenten, Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, Sachbezüge usw.) (Art des Einkommens: <u>—</u>)	mtl./jährl. <u>500</u> DM	<u>—</u> DM

- ☐ Ich habe nennenswertes mehr eigenes Einkommen. Meinen Lebensunterhalt und den meiner Frau bestreiten unsere Kinder
- ☐ bestreitet mein Ehegatte (Bitte Einkommen des Ehegatten oben angeben).
- ☐ bestreitet eine sonstige Person (z. B. Vater, Mutter) wechselnd in Höhe von mtl. — DM.
- ☐ bestreitet ich von — in Höhe von mtl. — DM.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Diese Angaben sind nach § 180 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung -RVO- erforderlich

29. Mai 1985 Dr. Heinrich Zillich
Datum Unterschrift

Raum für Vermerke der Allgemeinen Ortskrankenkasse München

C1.10.82

3000

C40

Für Ehem. Maria (Zehner)

Erklärung des Versicherten

Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift (Kugelschreiber/Tinte) ausfüllen. Zutreffendes ist anzukreuzen.

1. Familienstand: ☒ verheiratet seit 17.8.1937 ☐ geschieden seit ☐ getrennt lebend seit

2. Ständiger Wohnort des Ehegatten
(Ort, Straße, bei Wohnort im Ausland auch Staat)

Stannberg, Rirschanger 1

3. Ist Ihr Ehegatte zur Zeit selbst Mitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung?

☒ Nein

☐ Ja, der

(Name und Sitz des Krankenversicherungsträgers)

4. War Ihr Ehegatte in den vergangenen 12 Monaten selbst Mitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung?

☒ Nein

☐ Ja, zuletzt bis

bei der

(Name und Sitz des Krankenversicherungsträgers)

5. Hat Ihr Ehegatte einen eigenen gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung gegen einen anderen Sozialleistungsträger (gemeint ist eine Krankenkasse)?

☒ Nein

☐ Ja, bei

(Angabe des Leistungsträgers)

Bitte Nachweis einreichen

6. Hat Ihr Ehegatte eigenes Einkommen (siehe nachstehende Einkommensarten)? ☐ Nein ☒ Ja, seit 5

Wenn ja: Das durchschnittliche monatliche Gesamteinkommen meines Ehegatten setzt sich wie folgt zusammen:

Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (=aus Arbeitsverhältnis); § 19 Einkommensteuergesetz -EStG- DM

Einkünfte aus selbständiger Arbeit (= Gewinn § 18 EStG)* DM

Einkünfte aus Renten (aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Lebensversicherungsverträgen, Grundstücksveräußerung usw.; § 22 EStG) DM

Einkünfte aus Pensionen (§ 19 EStG) DM

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§§ 13 bis 14 a EStG); Betriebsgröße ha* DM

Einkünfte aus Gewerbebetrieb (§§ 15 bis 17 EStG)* DM

Einkünfte aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen, Dividenden und dgl.; § 20 EStG) etwa 125 DM

Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (§§ 21, 21a EStG). Dazu gehört auch der Nutzungswert der selbstgenutzten Wohnung im eigenen Haus oder der selbstgenutzten Eigentumswohnung DM

Sonstige laufende Einkünfte, die steuerpflichtig sind (§§ 22, 23 EStG). Bitte Einkunftsart genau bezeichnen: DM

* Bei der Ermittlung des Gewinns sind steuerliche Vergünstigungen unberücksichtigt zu lassen und Veräußerungsgewinne abzuziehen (§§ 15 Satz 2, 16 Sozialgesetzbuch IV).

Sonstige laufende Einkünfte, die nicht steuerpflichtig sind (z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Unfallrenten, Sozialhilfe, Kriegsschadenrenten, BAföG).
Genau Bezeichnung der Einkunftsart: DM

7. Haben Sie eigenes Einkommen? ☐ Nein ☒ Ja

Wenn ja: Art des Einkommens Siehe meine Erklärung vom 24.5.1985

Übersteigt das unter Nr. 6 angegebene Einkommen des Ehegatten, für den Sie Leistungen beantragen, Ihr Gesamteinkommen? ☒ Nein ☐ Ja

8. Betreibt Ihr Ehegatte ein Gewerbe oder ist er freiberuflich tätig? ☒ Nein ☐ Ja

Wenn ja: Art des Gewerbebetriebes/der Tätigkeit

Wie hoch ist der durchschnittliche wöchentliche Arbeitsaufwand? Stunden

Stellt die selbständige Tätigkeit den Hauptberuf dar? ☒ Nein ☐ Ja

Beschäftigt Ihr Ehegatte Arbeitnehmer? ☒ Nein ☐ Ja

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Über Änderungen in den vorstehenden Verhältnissen während des laufenden Versicherungsfalles werde ich die Krankenkasse unverzüglich und unaufgefordert unterrichten.

3. Juni 1985
Datum

Scheinecke Zillich
Unterschrift des Versicherten



Partner der
Versicherten
und Arbeitgeber

Allgemeine
Ortskrankenkasse
München

HERRN
DR. HEINRICH ZILLICH
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

VERWALTUNGSSTELLE
STARNBERG
WITTELSBACHERSTR. 16
8130 STARNBERG

TEL. (08151) 13021
NEBENSTELLE 30
H. GROSSMANN

KTO 331417-6

MÜNCHEN, DEN 14.07.86

Freiwillige Krankenversicherung – Anpassung des Beitragssatzes

Sehr geehrtes Mitglied,

bereits seit längerer Zeit berichten Presse und Rundfunk darüber, daß die ständigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen es den Trägern der Krankenversicherung unmöglich machen, den erheblich gestiegenen Finanzbedarf mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu decken. Auch bei unserer Ortskrankenkasse ist dem Kostenanstieg nicht Einhalt zu gebieten. Bei dieser Situation konnte die Vertreterversammlung nicht umhin, den Beitragssatz mit Wirkung vom 01. 08. 86 anzupassen und zwar von 9,0 auf 9,7 v.H.

Dies bedeutet, daß Ihr monatlicher Beitrag

ab 01. 08. 86 116,40 DM

beträgt.

Wir sind uns bewußt, daß dies für Sie eine spürbare Mehrbelastung bedeutet, bitten aber gleichzeitig um Verständnis für unsere Maßnahme, die aus einer Zwangslage heraus nicht zu umgehen war.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden (§§ 78 ff. des Sozialgerichtsgesetzes). Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München, Maistraße 43-47, 8000 München 2, oder am zweckmäßigsten bei der im Briefkopf oben rechts angegebenen Dienststelle einzureichen. Der Widerspruch soll einen bestimmten Antrag enthalten. Außerdem bitten wir, alle der Begründung des Widerspruchs dienenden Tatsachen und Beweismittel anzugeben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Allgemeine Ortskrankenkasse München



Diese Mitteilung wurde vollautomatisch erstellt. Von einer Unterzeichnung wurde deshalb abgesehen.



Allgemeine
Ortskrankenkasse
München

Körperschaft des öffentlichen Rechts

HERRN
ZILLICH HEINRICH DR.
HIRSCHANGER 1

8130 STARNBERG

VERWALTUNGSSTELLE
STARNBERG
WITTELSBACHERSTR. 16
8130 STARNBERG

TEL. (08151) 13021
NEBENSTELLE 30
H. GROSSMANN

IV/6 331 417-6 19.02.87

Freiwillige Krankenversicherung – Beitragsfestsetzung

Sehr geehrtes Mitglied,

die gesetzlichen Krankenkassen haben zur Prüfung der Beitragshöhe die freiwillig Versicherten jährlich nach ihren Einkommensverhältnissen zu befragen. Die erforderlichen Auskünfte – so schreibt das Gesetz es vor – sind von Kassenmitgliedern zu erteilen. Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Vordruck gewissenhaft auszufüllen und ihn möglichst innerhalb von 14 Tagen zurückzusenden.

Nach geltendem Recht sind für die Bemessung der Beiträge das „Arbeitsentgelt und die sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zugrunde zu legen. Zu berücksichtigen sind dabei alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen – unvermindert um gesetzliche Abzüge –, die dem Versicherten im Kalenderjahr der Befragung zufließen. Es sind also alle Einnahmen anzugeben, die dem Versicherten zur Sicherstellung seines Lebensunterhaltes zur Verfügung stehen. Bei dieser Einkommensbefragung sind steuerliche Grundsätze nicht zu berücksichtigen.

Für Ihre Bemühungen danken wir.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Allgemeine Ortskrankenkasse
München



Erklärung

ZILLICH HEINRICH DR.

54230598Z018

des freiwilligen Mitglieds _____ Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Familienstand: verheiratet Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: _____

Wenn verheiratet: Meine Ehefrau hat ☐ ein ☒ kein eigenes Einkommen und ist ☐ selbst versichert ☒ versichert bei der HOK mit mir
Name der Krankenkasse _____

☐ Ich bin selbständig/freiberuflich tätig als Schriftsteller, soweit ich (80%) freiberuflich tätig bin 3 1

Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer (ohne Auszubildende): _____; durchschnittliche Zahl meiner wöchentlichen Arbeitsstunden: _____

☐ Ich bin beschäftigt bei _____

☐ Bei Krankheit werden meine Bezüge für mindestens 6 Wochen weitergezahlt. ☒

☐ Ich bin nicht berufsmäßig tätig. ☒

☐ Ich bin derzeit in Schul- bzw. Berufsausbildung. ☒

Angaben über Einkommensverhältnisse im Jahre 1987:

☐ Mein jährliches Brutto-Gesamteinkommen wird höher als 51.300,00 DM sein.
(Wenn Sie diese Erklärung abgeben, sind nachstehende Angaben entbehrlich.)

	Mitglied (brutto)	Ehegatte (brutto)
☐ Einkommen aus selbständiger Tätigkeit (Umsatz ./. Betriebsausgaben) Entnahmen aus dem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebens- unterhaltes für mich und meine Familienangehörigen	jährl. <u>564.-</u> DM*)	<u> </u> DM*)
☐ Gehalt/Lohn (einschließlich aller Zulagen, aber ohne Kindergeld)	mtl./jährl. <u> </u> DM*)	<u> </u> DM*)
☐ Rente aus der Angestellten-Rentenversicherung (ohne Kinderzuschläge und Beitragszuschuß)	mtl./jährl. <u> </u> DM*)	<u> </u> DM*)
☐ Rente aus der Arbeiterrentenversicherung (ohne Kinderzuschläge und Beitragszuschuß)	mtl./jährl. <u> </u> DM*)	<u> </u> DM*)
☐ Pensionsbezüge (ohne Kindergeld)	mtl./jährl. <u> </u> DM*)	<u> </u> DM*)
☐ Sonstige Rente (z. B. Betriebsrente, Zusatzversorgung usw.)	mtl./jährl. <u> </u> DM*)	<u> </u> DM*)
(Art des Einkommens _____)		
☐ Vermietung, Verpachtung	mtl./jährl. <u> </u> DM*)	<u> </u> DM*)
☐ Sonstiges Einkommen: <u>nichtliches</u> (z. B. Kapitalerträge, Leibrenten, Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, Sachbezüge usw.)	mtl./jährl. <u>500</u> DM*)	<u> </u> DM*)
insgesamt	mtl./jährl. <u>1064</u> DM*)	<u> </u> DM*)

☐ Ich habe kein eigenes Einkommen. Meinen Lebensunterhalt nennen sie sich mehr sind dem meiner Frau bestreiten unsere Kinder
☐ bestreitet mein Ehegatte (bitte Einkommen des Ehegatten oben angeben)
☐ bestreitet eine sonstige Person (z. B. Vater, Mutter) in Höhe von mtl. DM*)
☐ bestreite ich von in Höhe von mtl. DM*)

*) Hinweis: Soweit Einkünfte außerhalb des Bundesgebietes erzielt werden, bitten wir, diese in der Landeswährung anzugeben.

Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes:
Die erbetenen Daten sind für die Bestimmung des Beitrages erforder-
lich. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 180, 318a
der Reichsversicherungsordnung - RVO - sowie § 19 der Satzung.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

7.3.1987 Heinrich Zillich
Datum Unterschrift

01.07.85

3000

040

14,71
35,64
30, -
184,09
300. -

564.44

Einnahmen 1986

Michael F. illich

AOK München 2, Maistr. 43-47

Nr. 65544-9

Versicherungsgruppen 9/L

Verlagsbuchhandlung Hans

Meschenbötter, Inh. Hans Richter

8 München 2, Postf. 644, Reg.-G. Nr. 9

Tel. 089/2603080

Deutsche Krankenversicherung

Beiträge

Beiträge : 1959, monatlich $82,88 \text{ DM} = 977,81 \text{ DM}$
1960 " $82,88$, November $67,28$, Dezember $74,88 = 971,26 \text{ DM}$
1961 " $74,88 = 897,56$
1962 " $74,88$, ab August verschieden, insg. $971,66 \text{ DM}$
1963 " $83,98$ (im Januar mit $75,88$) insg. $999,74 \text{ DM}$
1964 " $83,98$ (bis April) und dann $92,08 = 1072,56$
1965 " $92,08 = 1102,96 \text{ DM}$
1966 " $92,08$ (Januar, Februar) dann $140,43 = 1585,76 \text{ DM}$
1967 " $140,18$ bzw. $118,80 = 1596,96 \text{ DM}$
1968. - $118,88$ bzw. $126,48$ im $1971,48 = 1675,76 \text{ DM}$
1969 - $154,48 = 1,853,76 \text{ DM}$
1970 - $154,48 = 1,853,76 \text{ DM}$
1971 - $154,48 = 1,853,76 \text{ DM}$
1972 - $154,48 = 1,853,76 \text{ DM}$
1973 - $154,48 = 1,853,76 \text{ DM}$

1974 - bis Juni $154,48 = 926,68 \text{ DM}$

dann HOK

1975 - $52,08$