



# Versicherungsschein

**Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin**

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

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, bedingungsgemäßen Ersatz der Kosten für Krankheiten und Unfälle bei notwendig werdendem Krankenhausaufenthalt 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. **A7.511.089** Geschäftsstelle **München**  
Beginn **1.11.51** Tarif **SET 2** Prämie DM **3.45** monatlich  
**Frl. Susanne Zillich z.Hd. 12.9.1929** Geburtstag  
**Antr. Hr. Dr. Heinrich Zillich**  
in **(13b) Starnberg a/See/Obby.**  
**Josef-Fischhaber -Str.15**

**Versicherte Personen:** (bei Einzelversicherung siehe oben)

| Versich.-Schein-Nr. | Verwandtschafts-verhältnis | Vorname | geboren am | Tarif | Mon.-Präm. |     |
|---------------------|----------------------------|---------|------------|-------|------------|-----|
|                     |                            |         |            |       | DM         | PF. |
|                     |                            |         | 22         |       |            |     |
|                     |                            |         |            |       |            |     |
|                     |                            |         |            |       |            |     |
|                     |                            |         |            |       |            |     |
|                     |                            |         |            |       |            |     |
|                     |                            |         |            |       |            |     |

ergibt eine Gesamt-Familien-Monats-Prämie von DM .....

**Besondere Bedingungen:** (Keine, wenn weitere Eintragungen fehlen)

Die Laufzeit der Versicherung Nr. 4.096.543 wird auf diese Versicherung angerechnet. Auf die Bestimmungen des §13, Abs.6 der neuen AVB wird hingewiesen.

1 Nachtrag anbei.

Berlin-Schöneberg, den **5.12.1951**  
Innsbrucker Straße 26/27  
Fe.

**Prämien- und Kostenberechnung:**

Prämie für **Nov./Dez.51**

Gebühr für den Versicherungsschein .....

Aufnahmegebühr .....

**Nachtragsgebühr**

Gesamtbetrag DM

Bei der Antragstellung wurden gezahlt ....

so daß der Rest zu zahlen ist

gut

| DM    | PF. |
|-------|-----|
| 6.90  |     |
| 1     | -   |
| 50    |     |
| 1.--  |     |
| 9.40  |     |
| 20.20 |     |
| 10.80 |     |

**Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft**

*Fischer* *Warnecke*

**Quittung.**

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

den .....

Unterschrift

# 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 anormaler 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 zugänglich 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 zugänglich 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 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,
- 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 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 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 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, 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 rückständigen 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 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 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 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 Verpflegungskasse 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 Umfanges 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.

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 Kriegseignisse, auf Vorsatz, auf Genuß von Rauschgiften (Morphium, Kokain, Alkohol, Nikotin usw.), auf schuldhaftes Betätigung an Schlägereien oder Raufhändeln zurückzuführen sind, begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. 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 Beseitigung von Schönheitsfehlern, für ärztliche Gutachten und Atteste für private und dienstliche Zwecke, für Reisekosten sowie Kosten für Pflegepersonal, Kilometergelder, Desinfektion oder dgl. —.

6. Während eines Aufenthalts in Badeorten und Sommerfrischen werden Versicherungsleistungen nur dann gewährt, wenn der Krankenhausaufenthalt unabhängig vom Kurzweck erforderlich wurde. Für einen Aufenthalt in Sanatorien, Heilstätten, Entbindungs- und Erholungsheimen usw. besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Für einen Aufenthalt in Sanatorien und Heilstätten besteht jedoch dann Anspruch auf Versicherungsleistungen, wenn der Sozialversicherungsträger die Einweisung genehmigte.

7. Bei normalen Entbindungen und normalem Wochenbett besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

8. 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.

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 Aufnahmearbeit 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. 2, 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 — es sei denn, daß der Sozialversicherungsträger die klinische Behandlung außerhalb des deutschen Reichsgebiets veranlaßt (vgl. § 14 Ziff. 2 c und § 15 Ziff. 5).

#### § 19. Umfang der Versicherung.

Die Versicherungsleistungen des Tarifs SET ergänzen die Leistungen des Sozialversicherungsträgers derart, daß der Versicherungsnehmer die bei einer Behandlung und Pflege in der 2. Krankenhausklasse entstehenden Kosten unter Anrechnung der Leistung des Sozialversicherungsträgers bis zu den im folgenden genannten Beträgen ersetzt erhält.

1. Die Gesellschaft vergütet für den infolge einer Krankheit notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt ein Verpflegungsgeld in Höhe der nachgewiesenen Selbstkosten, jedoch nicht mehr als DM 7,20 täglich.

2. In der 2. Klasse des aufgesuchten Krankenhauses neben den Pflegesätzen entstehende Arztkosten werden erstattet, jedoch höchstens DM 6,— für eine Beratung (Visite) täglich.

Bei besonderen ärztlichen Verrichtungen (Sonderleistungen) vergütet die Gesellschaft den Rechnungsbetrag bis zum 2,4fachen Mindestsatz der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte). Für die erste eingehende Untersuchung wird der Rechnungsbetrag bis höchstens DM 24,— erstattet.

3. Für ärztlich verordnete Arzneien zur Behebung eines Krankheitszustandes werden die Kosten voll ersetzt.

4. Für Röntgenaufnahmen und -durchleuchtungen werden bis höchstens 100 % der 1,2fachen Sätze des Deutschen Röntgentarifs ersetzt.

Bestrahlungen, Inhalationen und Anwendung sonstiger physikalischer Heilmethoden (Bäder, Massagen usw.) werden wie Sonderleistungen (s. Ziff. 2 Abs. 2) ersetzt. Besondere Kosten für ärztliche Beratungen (Visiten) werden hierbei nicht vergütet.

Die unter dieser Ziffer vorgesehenen Entschädigungen werden insgesamt auf 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 für jeden Versicherten in einem Versicherungsjahr das Fünffache des unter Ziff. 4 genannten Betrages.

6. Die während des Krankenhausaufenthalts entstehenden Operationskosten werden bis zum sechsfachen Mindestsatz der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte) ersetzt. Für Nebenkosten (Assistenz, Narkose, Operationssaalbenutzung) werden die tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch bis 10 % der zu vergütenden Operationskosten ersetzt.

7. Für Transportkosten zum und vom Krankenhaus werden höchstens insgesamt DM 18,— erstattet.

#### §§ 20—22 entfallen.

#### § 23. Wahl des Krankenhauses.

Die Wahl des Krankenhauses steht dem Versicherten frei, sofern der Sozialversicherungsträger die Einweisung veranlaßt.

#### § 24 entfällt.

#### § 25. Schwangerschaft und Entbindung.

1. Für Entbindungen, bei denen ein operativer Eingriff erforderlich ist, werden Leistungen des § 19 vom ersten Tage des Krankenhausaufenthalts an gewährt, vorausgesetzt, daß die Entbindung nach Ablauf von 9 Monaten unter ärztlichem Beistand erfolgt.

Ebenfalls unter der Voraussetzung, daß am Tage der Entbindung der Versicherungsvertrag länger als 9 Monate bestanden hat, werden bei einem über die Zeitdauer von 14 Tagen hinausgehenden, krankhaften Wochenbett sowie bei Wochenbeterkrankungen, die nach anfänglich normalem Verlauf des Wochenbetts nach dieser Frist eintreten, die Leistungen vom 15. Tage des Krankenhausaufenthalts an gemäß § 19 gewährt.

2. Für Schwangerschaftserkrankungen und Schwangerschaftsunterbrechungen, die durch eine als leistungspflichtig anzuerkennende Krankheit bedingt sind, werden Leistungen gemäß § 19 vom ersten Tage des Krankenhausaufenthalts an gewährt.

3. Bei Fehlgeburten nach Ablauf von 3 Monaten des ersten Versicherungsjahres werden notwendige Krankenhaus-, Arzt-, Arznei- und Operationskosten gemäß § 19 gezahlt.

#### § 26 entfällt.

#### § 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

Eine Gewinnbeteiligung wird nicht gewährt.

#### § 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 3187 U. 7 — vom 27. 2. 51 —  
gez. Dr. Berger,

und des Zonenamtes des Reichsaufsichtsamts für das Versicherungswesen  
(i. Abw.), Hamburg — Tgb.-Nr. IV 392 — 16 I — 51 — vom 15. 2. 51.  
gez. Dr. Trepte.



Landesdirektion für Bayern  
München 15  
Landesversicherungsamt 1, Tel. 50945/6

# Versicherungsschein

Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin

Vorstand: Dr. Adolf Tosberg, Vorsitz; Gerhard Giesen, Dr. Werner F. Kühne  
Vorsitzer des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitzler

Durch diesen Versicherungsschein verpflichten wir uns, nachstehend genannten Personen im Vertrauen auf die Richtigkeit und Vollständigkeit der im Versicherungsantrag gemachten Angaben, unter Ausschuß aller Nebenabreden, die nicht durch diesen Versicherungsschein selbst beurkundet sind, bedingungsgemäßen 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. **A1.031.882** Geschäftsstelle **München**  
Beginn **1. 1.54** Tarif **N1** Prämien-Rate DM **14.95** monatlich  
**Frl. Susanne Zillich z.Hd. 12.9.1929** Geburtstag  
**Antr. Hr. Dr. Heinrich Zillich**  
in **Starnberg**  
**Josef-Fischhaber-Str. 15**

Versicherte Personen: (bei Einzelversicherung siehe oben)

| Versich.-Schein-Nr. | Verwandschafts-<br>verhältnis | Vorname | geboren am | Tarif | Mon.-Präm.<br>DM | Pf. |
|---------------------|-------------------------------|---------|------------|-------|------------------|-----|
|                     |                               | 25      |            |       |                  |     |
|                     |                               |         |            |       |                  |     |
|                     |                               |         |            |       |                  |     |
|                     |                               |         |            |       |                  |     |
|                     |                               |         |            |       |                  |     |
|                     |                               |         |            |       |                  |     |
|                     |                               |         |            |       |                  |     |
|                     |                               |         |            |       |                  |     |
|                     |                               |         |            |       |                  |     |

ergibt eine Gesamt-Familien-Monats-Rate von DM .....

Besondere Bedingungen: (Keine, wenn weitere Eintragungen fehlen) Die einschränkenden Bestimmungen der §§23 u.24 der AVB. über das Aufsuchen eines für den Wohnsitz der Versicherten örtlich nicht zuständigen Krankenhauses sind aufgehoben. Der 10%ige Zuschlag ist in der Prämie enthalten.

Berlin-Schöneberg, den **15. Febr. 1954**  
Innsbrucker Straße 26/27

K.  
Prämien- und Kostenberechnung:

Prämien-Rate für .....  
Gebühr für den Versicherungsschein .....  
Aufnahmegebühr .....  
.....  
Gesamtbetrag DM .....  
Bei der Antragstellung wurden gezahlt .....  
so daß als Rest zu zahlen sind .....

| DM | Pf. |
|----|-----|
| 1  | 20  |
|    |     |
|    |     |
|    |     |
|    |     |
|    |     |
|    |     |
|    |     |
|    |     |

Deutsche Kranken-Versicherungs-  
Aktien-Gesellschaft

*Tosberg Giesen*

## Quittung.

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

....., den .....

Unterschrift

Bei Versicherungen ohne

Sterbegeld entfällt der § 26



## Wollen Sie von uns gut bedient sein?

Dann beachten Sie bitte folgendes:

Geben Sie bei **Zuschriften** immer Ihre **Versicherungsschein-Nr.** an. Reichen Sie die **Arztrechnungen 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 in § 14 Ziff. 2 b der AVB genannten Fristen einzureichen. Notwendige Krankenhausbehandlung, sowie jede Behandlung außerhalb des Wohnsitzes des Versicherten ist innerhalb fünf Tagen anzuzeigen.

Schadenansprüche bis zu einem Betrag von DM 50,— sammeln und dann einreichen,

**spätestens jedoch in neun Monaten.**

Bei einer **schweren Krankheit**, die sich länger hinzieht:

**Zwischenrechnungen einsenden.**

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

Helfen Sie mit im Kampf gegen die Verzettelung der Schadensfälle. Denken Sie daran, daß die alten Hausmittel von ihrer Bedeutung nichts verloren haben und sie Sie nur Pfennige kosten.

**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%, bei ½jährlicher Vorauszahlung der Prämie ein Skonto von 2%.

Bei vorübergehendem **Auslandsaufenthalt** kann der Versicherungsschutz gegen einen Zuschlag zu der Tarifprämie aufrechterhalten werden.

---

### Haben Sie Interesse an einer Lebens-Versicherung?

Nicht erst in späteren Jahren sollte man an die Zukunft denken, denn je früher eine Lebensversicherung abgeschlossen wird, um so niedriger sind die Prämien!

Diese können wie die Prämien der Krankenversicherung im Rahmen des Einkommensteuergesetzes vom Einkommen als steuerfrei abgezogen werden.

— Wer nicht versichert ist, zahlt höhere Steuern! —

Wenden Sie sich auch hier vertrauensvoll an uns.





# Deutsche Kranken- Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin

BERLIN-SCHÖNEBERG · INNSBRUCKER STRASSE 26-27

Vorstand: Dr. Adolf Tosberg, Vorsitz; Gerhard Giesen, Dr. Werner F. Kühne · Vorsitz des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitzler

## Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für Krankenversicherung nach dem Tarif N 1. 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 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 aufzufechten, 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 Versicherungsjahres 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 Zif. 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 Versicherungsjahres.

4. Hat die Gesellschaft im Zeitpunkt ihrer Kündigung (vgl. § 5 B Zif. 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 Versicherungsjahres.

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:

- 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,—.
- 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,—.
- 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 oder ihn mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Rechte der Gesellschaft aus dem vorstehenden Absatz 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, Steirleiden, 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 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 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 der 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 Prämien-

raten 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 sechs 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 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 Versicherungsfall 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 Hautkrankungen, 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 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, Pocken, Wechselfieber, 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:

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 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 Versicherungs-Bedingungen 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 Sonderverrichtungen) mit Bezeichnung der betreffenden Daten und Ziffern der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte) oder der Geboteil (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 Anforderung 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 ursächlichen 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 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 Sterilisations- 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 (Weggebühren 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 einen 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. 2, 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 solcher Ärzte und Heilpraktiker, 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:

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

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

- Kostenzuschüsse für ärztlich verordnete Heilmittel laut § 22,
- eine Erholungsbeihilfe für versicherte Kinder,
- 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 Vorrichtungen (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 Geboteil (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 Entschädigung 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. Nahr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel, Weine und Mineralwasser usw. zählen nicht zu den erstattungspflichtigen Leistungen, desgleichen nicht Heilmittel wie Prothesen, Gläser, 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-Trinkkuren 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 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. 6 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. 2 a 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. 2 a 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. Verpflegungsklasse eines von der Gesellschaft anerkannten und für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Krankenhauses eine höhere Verpflegungsklasse aufgesucht, so erstattet die Gesellschaft die in der aufgesuchten höheren Klasse besonders entstandenen Arzt-, Arznei- und Operationskosten gemäß Ziff. 1 nur dann, wenn solche Kosten auch bei Benutzung der 2. Verpflegungsklasse in diesem von der Gesellschaft anerkannten und für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Krankenhause 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 Krankenhause 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 | ¼     | 2     | 3     | 4     | 5 Versicherungsjahren. |

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 ausgesteuert 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:

a) bei jungverheirateten Ehepaaren, wenn der Versicherungsantrag innerhalb eines Monats nach der Eheschließung gestellt wird,

b) 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 Versicherungsjahren. |

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 Versicherungsscheins,
  - 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 Kriegereignisse,
- 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 Vorname aller satzungsmäßigen Rückstellungen und Ausstellungen 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 Hunderteilen 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 dem 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 Versicherungs-Bedingungen 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 Verfügung

des Aufsichtsamts für das Versicherungswesen in Berlin

— Tgb.-Nr. VII 3187 U. 7 — vom 27. 2. 51 —

gez. Dr. Berger.

des Zonenamtes des Reichsaufsichtsamts für das Versicherungswesen

(i. Abw.), Hamburg — Tgb.-Nr. IV 392 — 16 I — 51 — vom 15. 2. 51.

gez. Dr. Trepte.

Berichtigungen: § 5 A Ziff. 2 Abs. 4<sup>2</sup> Zeile 2: „anzufechten“; § 10 Ziff. 1 Abs. 2 Zeile 2: „zur“ Leistung.



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

---

### **Betr.: Krankheitskostenversicherungen.**

---

Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde ist dem gemäß § 28 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen gefaßten Beschluß vom Aufsichtsrat und Vorstand die erforderliche Zustimmung erteilt für den Abzug einer Franchise (Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers) bei jedem Erstattungsfall.

Unter Erstattungsfall ist zu verstehen jede Auszahlung an den Versicherungsnehmer für alle gleichzeitig eingereichten, einen Versicherten betreffenden Rechnungen aus Anlaß eines oder mehrerer Versicherungsfälle. Werden gleichzeitig eingereichte Rechnungen durch mehrere Auszahlungen erstattet, wird der Abzug der Franchise für gleichzeitig eingereichte Rechnungen nur einmal vorgenommen.

Im Sinne dieser Bestimmungen gelten auf Grund der von der Aufsichtsbehörde erteilten Genehmigungen die AVB als geändert.

Entsprechend dem dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden Tarif wird der Abzug der Franchise nach folgender Staffel vorgenommen:

#### **Abzug je Erstattung:**

|                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DM 3,— bei den Tarifen N 1, N 1/Z 1, N Z 1, N Z 1/Z 1,<br>KO 3, SET, E und<br>bei stationärer Behandlung bei den Tarifen N 2/Z bis N 4/Z, N Z 2/Z 2 |
| DM 2,50 bei den Tarifen N 2, N Z 2, KO 2 und<br>bei ambulanter Behandlung bei den Tarifen N 2/Z 2, N Z 2/Z 2                                        |
| DM 2,— bei den Tarifen N 3, KO 1 und<br>bei ambulanter Behandlung bei den Tarifen N 3/Z 3                                                           |
| DM 1,50 bei den Tarifen N 4, N 5 und<br>bei ambulanter Behandlung bei den Tarifen N 4/Z 4                                                           |

Den Aufsichtsbehörden gegenüber ist eine geschäftsplanmäßige Erklärung nachstehenden Inhalts abgegeben worden, die für die Dauer des Abzuges einer Franchise Geltung hat:

„Das Unternehmen verzichtet auf Innehaltung der Vorlagefristen gemäß § 14 Ziff. 2 b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgender Einschränkung:

1. Wenn Kostenrechnungen insgesamt den Betrag von DM 50,— für jede versicherte Person übersteigen, sind sie zur Erstattung innerhalb der in § 14 Ziff. 2 b der AVB genannten Fristen einzureichen. Die Fristen laufen von der Beendigung derjenigen Behandlung an, für die die Krankenkosten zusammen mit bereits angesammelten Rechnungen den Betrag von DM 50,— übersteigen.
2. In jedem Falle sind Krankenkostenrechnungen spätestens nach Ablauf von neun Monaten nach beendeter Behandlung vorzulegen.



Bei Zuschriften und Geldsendungen bitte Vers.-Schein-Nr. angeben.

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G., (1) Berlin-Schöneberg

| Ihre Nachricht vom | Vers.-Schein-Nr.              | Unsere Zeichen | Tag       |
|--------------------|-------------------------------|----------------|-----------|
|                    | A 7:511.089<br>Fr. Susanne Z. | Ka.            | 3.3.1954. |
| Durchl.            | München                       |                |           |

Aufhebung der Versicherung. zum 31.12.1953.

Hierdurch teilen wir Ihnen mit, daß wir die  
mit uns abgeschlossene Versicherung auf-  
gehoben haben.

Hochachtungsvoll!

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.  
gez. Tosberg                      gez. Warnecke

Deutsche  Kranken-  
Versicherungs - A. - G.

BERLIN-SCHÖNEBERG

Innsbrucker Straße 26/27

Fernruf 71-19 00 71-19 46

Landesdirektion für Bayern  
München, Landwehrstraße 1  
Telefon 50945/6

Herrn

Dr. Heinrich Zillich

Schriftsteller

Starnberg / Obby.

Jos. Fischhaberstr. 15