

Der Vermerk „RM“ ist durch „DM“ Deutsche Mark“ zu ersetzen.



Versicherungsschein

Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin

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 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. **A7.507.410** Geschäftsstelle **München**
Beginn **1.11.50** Tarif **SET 2** Prämie RM **2.09** monatlich
Hr. Clemens Zillich z.Hd. **25.8.1931** Geburtstag
Antr. Frau M. Zillich
in **(13b) Starnberg a/See**
Jos. Fischhaberstr. 15

Versicherte Personen: (bei Einzelversicherung siehe oben)

Versich.-Schein-Nr.	Verwandsch.-Verhältnis	Vorname	geboren am	Tarif	Mon.-Prämie RM	Pl.
			19			

ergibt eine Gesamt-Familien-Monats-Prämie von RM

Besondere Bedingungen: (Keine, wenn weitere Eintragungen fehlen)

Die Prämie erhöht sich um einen 10%igen Krisenzuschlag auf DM 2.30. - Anliegend 1 Nachtrag.

Berlin-Schöneberg, den **18.12.1950.**
Innsbrucker Straße 28-27

Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft

Fr.

Prämien- u. Kostenberechnung:

Prämie für **Nov.-Dez. 50**

Gebühr f. d. Versicherungsschein

Umwandlungs

Ausstellungsgebühr

Gesamtbetrag RM

wurden gezahlt:

noch zu zahlen sind:

Gut f. Teil Dez. 1950

(nur f. Hauptvers.)

Ver. Sch. Nr. 4.096.540/43)

RM	Pl.
4	60
1	--
-	50
6	10
7	70
1	60

Disburg Hermann

Quittung

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

den

Unterschrift



Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für den Sozialversicherungs-Ergänzungs-Tarif SET

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und des Tarifes während der Dauer des Vertragsverhältnisses für den infolge einer Krankheit 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.

Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach ärztlichem Urteil anormaler körperlicher oder geistiger Zustand. Als Krankheit gelten nicht Berufsunfälle und deren Folgen, sofern nicht gegen Zahlung einer Unfallzusatzprämie dieses Risiko ausdrücklich eingeschlossen ist. Daß es sich nicht um einen Berufsunfall handelt, hat der Versicherungsnehmer zu beweisen.

§ 2. Versicherungsfähigkeit.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet der Gesellschaft wohnenden gesunden Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und Pflichtversicherte der Sozialversicherung 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 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 6 Wochen an seinen Antrag gebunden.

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

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

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

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

§ 4. Willenserklärungen.

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

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

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

§ 5. Versicherungsbeginn und Versicherungsende.

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

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

Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn die Gesellschaft den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheines darauf hingewiesen hat, daß Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheines schriftlich widerspricht. Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk in dem Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheines 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 und der Inhalt des Versicherungsantrages insoweit als vereinbart anzusehen.

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

B. 1. Die Versicherung endet durch:

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
2. Kündigung durch die Gesellschaft,
3. Rücktritt,
4. Anfechtung,
5. Fristlose Kündigung des Versicherungsvertrages,
6. Tod,
7. Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geschäftsgebietes der Gesellschaft,
8. Ausscheiden aus der Pflichtversicherung und zwar gleichzeitig für alle mitversicherten Personen.

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

§ 6. Kündigung.

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

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

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

3. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch den Versicherten auch während eines Krankenhausaufenthaltes (vgl. § 1) nur bis zum Ablauf des Versicherungsverhältnisses.

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

5. Laufende Schadenfälle sind bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes als abgeschlossen anzusehen. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch die Gesellschaft auch für laufende Schadenfälle nur bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses, nicht aber für eine längere Zeit, als die Leistungspflicht der Gesellschaft nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht und nicht über die im § 7 Ziff. 1 vorgesehene Höchstleistungsdauer hinaus.

6. Wird die Kündigung vor Einlieferung des Versicherten ins Krankenhaus durch die Gesellschaft ausgesprochen, so endet mit dem Ablauf der Versicherung die Ersatzpflicht der Gesellschaft, ganz gleich, ob der Versicherte sich am Tage des Erlöschens des Vertrages im Krankenhaus befindet oder nicht. Die Gesellschaft hat in diesem Falle für die Zeit nach Ablauf der Kündigungsfrist, d. h. nach Ablauf der Versicherungsdauer, keine Leistungen mehr zu bewirken.

§ 7. Leistungsdauer.

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 klinische Behandlung einer Krankheit die tarifmäßige Entschädigung ohne Einschränkung durch einen Höchstentschädigungsbetrag oder eine Höchstleistungsdauer.

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

- a) Wird Krankenhausbehandlung erstmalig im ersten Versicherungsjahr erforderlich, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 20 Wochen.
- b) Wird Krankenhausbehandlung erstmalig im zweiten Versicherungsjahr erforderlich, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 26 Wochen.
- c) Wird Krankenhausbehandlung erstmalig im dritten Versicherungsjahr erforderlich, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 30 Wochen.

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

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

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

§ 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

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

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

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

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

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

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

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

§ 9. Prämienleistungen.

1. Die Versicherungsnehmer sind verpflichtet, die Prämien nach dem dem Versicherungsvertrage zugrunde liegenden Tarife zu zahlen. Eine Erhöhung der Prämie ist nur unter der Voraussetzung des § 28 sowie im Rahmen des Tarifes für Kinder zulässig, sobald sie das 15. Lebensjahr vollendet haben.

2. Die erste Prämie ist bei Einlösung des Versicherungsscheines, die weiteren Prämien sind jeweils am Ersten eines jeden Monats im voraus

zu zahlen. Bei Kündigung des Versicherungsnehmers (vgl. § 6) ist die Prämie nur bis zum Ablauf des Versicherungsvertrages zu zahlen.

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

4. Eine Wartezeit besteht nicht

a) für Unfälle des täglichen Lebens und Berufsunfälle, sofern diese gegen 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. Anfälle auslösende Krankheit eine Ent-

krankheiten:

Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, epidemische Genick-



DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.

BERLIN-SCHÖNEBERG

Betr.: Krankheitskostenversicherungen.

Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde ist dem gemäß § 28 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen gefaßten Beschluß von 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,
KO 3, SET, E und

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

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

bei ambulanter Behandlung bei den Tarifen N 3/Z 3

DM 1,50 bei den Tarifen N 4, N 5 und

bei ambulanter Behandlung bei den Tarifen N 4/Z 4

Franchise Form. 9. 1. 50

Bitte wenden!

grauer Star, chronische Otitis und Mittelohrentzündungen, chronische Lungenkrankheiten, 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, multiple Sklerose, chronische rheumatische und neuralgische Erkrankungen, chronische Sehnen- und Muskelerkrankungen.

Ist eine der aufgeführten, während der Wartezeit behandelten chronischen Krankheiten die Folge einer von der Gesellschaft bedingungsgemäß zu entschädigenden Krankheit nach Ziffer 2 oder 4, so besteht auch für die Folgekrankheit eine Leistungspflicht der Gesellschaft.

4. Versicherungsleistungen werden nicht gewährt, wenn der Krankenhausaufenthalt wegen einer gesetzlichen Impfung bzw. deren Folgen sowie für die Beseitigung von Schönheitsfehlern erfolgt.

5. Während eines Aufenthaltes 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 Erholungshäusern usw. besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Für Aufenthalt in Sanatorien und Heilstätten besteht nur dann Anspruch auf Versicherungsleistungen, wenn der Sozialversicherungsträger die Einweisung genehmigt.

6. Bei normalen Entbindungen und normalem Wochenbett sowie Fehlgeburten besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

ffter 6:

nen Tarif mit höheren oder niedrigeren gelten von dem Zeitpunkt der Tarifänderung ab. Für zusätzliche Leistungen dieses Paragraphen erwähnten (E, SET u. Leistungsverbesserungen.)

Rechnungen über die Unterschiedsklasse und der aufgesuchten Verfall von dem aufgesuchten Krankengestell wird, ist diese zunächst dem Versicherten, damit dieser den von ihm trag vermerkt; sodann ist sie der Gesellschaft zuzulegen.

den der behandelten Personen, die Beiliegenden Angaben der einzelnen Leistungen enthält mit Bezeichnung der betreffenden Preuge (Preußische Gebührenordnung für

Gesellschaft entfällt, wenn nicht folgende

verpflichtet, auf Anfordern der Gesellschaft, die zur Feststellung des Verlaufes der Leistungspflicht erforderlich besondere berechtigt, vom Versicherungsnehmer nach bestem Wissen abgegebene Angaben, daß die Behandlung der Kranker Wartezeiten gemäß § 13 erfolgte, von drei Wochen seit Zugang der Auf-

frei Monate nach beendeter Kranken-Dauer die Behandlung länger als vier Monate seit ihrem Beginn eine ist der Versicherungsnehmer ohne sein genannten Frist nicht im Besitz der Gesellschaft unter Angabe der Krankheit unverzüglich Anzeige zu erstatten, Krankenhaus außerhalb seines Wohnortes innerhalb von fünf Tagen der Gesellschaft § 15 Ziff. 5).

und 2 treten nicht ein, wenn die Versicherungssatz noch auf grober Fahrlässigkeit

bleibt die Gesellschaft zur Leistung verpflichtet, weder Einfluß auf die Feststellung der Feststellung oder den Umfang der Leistung gehabt hat.

1, die die Voraussetzungen der Ziff. 1 der darauf entfallenden Versicherungs-

igentum der Gesellschaft über.

ungsausschluß.

mpflicht der Gesellschaft ist, daß die Versicherung unter § 13 Ziff. 3 genannten handelt, t durch einen Arzt oder Heilpraktiker vor Beginn der Versicherung und die unter § 13 Ziff. 3 genannten Krankheitsbeschädigungspflicht der Gesellschaft aus, kheiten beeinträchtigt eine frühere und bereits abgeschlossene Behandlung die ht.

eschlossen bei Anomalien oder körperlichen oder der körperliche Fehler vor Beginn vor Beendigung der im § 13 genannten Versicherung der Versicherte von dem Bestehen der ehlers Kenntnis hatte, oder wenn die der mit Krankheiten in unmittelbarem i, für die eine Leistungspflicht nach

erletzungen, die auf aktive Teilnahme ungen im Kriege, an Wettkämpfen oder usgeschritten (Morphium, Kokain, Alkohol) begründen keine Ansprüche auf Ver-

Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für den Sozialversicherungs-Ergänzungs-Tarif SET

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und des Tarifes während der Dauer des Vertragsverhältnisses für den in-
folge einer Krankheit notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt ein Ver-
pfllegungsgeld, Ersatz von Arzt-, Arznei- und Operationskosten sowie einen
berechneter Nebenkosten, wenn der
Arzt des Sozialversicherungsträgers ang-

Krankheit im Sinne der Versiche-
lichem Urteil anormaler körperlicher od-
gelten nicht Berufsunfälle und deren
einer Unfallzusatzprämie dieses Risiko
es sich nicht um einen Berufsunfall ha-
zu beweisen.

§ 2. Versicherte

Versicherungsfähig sind alle im Ges-
den gesunden Personen, die das 60. I-
haben und Pflichtversicherte der Sozial-

Außerdem sind in Verbindung
versicherten aufnahmefähige Ehefrauen
angehörige, die mit dem Pflichtversich-
wohnen und bei der Sozialversicherung

§ 3. Versicherer

1. Der Versicherungsantrag ist auf-
stellen. Eine Aufnahme- und Schreib-
gesetzten Höhe erhoben. Der Antragste-
gebunden.

2. Über die Annahme des Antrages
nahmeerklärung erfolgt in der Regel du-
Versicherungsscheines. Für die Ableh-
geben zu werden, sie ist aber dem
Die Aufnahme- und Schreibgebühr ist vo-
wenn der Versicherungsvertrag nicht z-

3. Die Annahme des Antrages kann
von der Gesellschaft bezeichneten Arzt
hängig gemacht werden. Die Kosten t-

4. Dem Antragsteller müssen die
zugehörigen Tarif spätestens bei Aush-
zugehen.

5. Der Antragsteller erteilt der G-
ihm gesetzlich vertretenen Familienange-
oder frühere bis 5 Jahre zurückliegen
Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, soz-
Versicherungseinrichtungen, Behörden u-
Erkundigungen einzuzuziehen. Er erte-
sicherungsträger, Krankenanstalten. Bei
Auskunft zu erteilen und darüber auch
gleichen Verpflichtungen haben die ge-
sonen.

§ 4. Willenserklärungen

1. Alle Willenserklärungen und An-
des Versicherungsvertrages der Gesells-
haben nur dann rechtliche Wirkung,
zugegangen sind. Agenten sind zur Ent-
nicht befugt.

2. Sofern ein Versicherungsnehmer
änderung nicht mitgeteilt hat, genügt
dem Versicherungsnehmer gegenüber al-
diese an die letzte, der Gesellschaft be-
henen Brief abgesandt ist. Die Erkläru-
sam, an dem sie ohne Wohnungsände-
dem Versicherungsnehmer zugegangen.

3. Kündigung, Anfechtung und F-
sollen durch eingeschriebenen Brief er-

§ 5. Versicherungsbeginn

A. 1. Der Versicherungsnehmer hat
Nebengebühren gegen Aushändigung d-
Die Versicherung beginnt erst mit der
jedoch nicht vor dem in dem Versiche-
Sind bei Antragstellung bereits die Be-
des Versicherungsscheines erforderlich
mit dem Zugang der Annahmeerkläru-
schaft bei dem Versicherten bzw. mit d-
scheines.

2. Weicht der Inhalt des Versiche-
den getroffenen Vereinbarungen ab, so
wenn der Versicherungsnehmer nicht in
des Versicherungsscheines schriftlich

Diese Genehmigung ist jedoch nur
schaft den Versicherungsnehmer bei
scheines darauf hingewiesen hat, daß
wenn der Versicherungsnehmer nicht in
des Versicherungsscheines schriftlich v-
besondere schriftliche Mitteilung oder
dem Versicherungsschein, der aus den
scheines hervorgehoben ist, zu gesch-
ist besonders aufmerksam zu machen.

Hat die Gesellschaft den Vorschrift
ist die Abweichung für den Versiche-

Inhalt des Versicherungsantrages insov-
Eine Vereinbarung, durch welche
zichtet, den Vertrag wegen Irrtums an-

B. 1. Die Versicherung endet durch

1. Kündigung durch den Ve
2. Kündigung durch die Ge
3. Rücktritt,
4. Anfechtung,
5. Fristlose Kündigung des Versicherungsvertrages,
6. Tod,
7. Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geschäftsgebietes der Gesellschaft,
8. Ausscheiden aus der Pflichtversicherung und zwar gleichzeitig für alle mitversicherten Personen.

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

§ 6. Kündigung.

1. Nach Ablauf der im Versicherungsschein festgesetzten Dauer ver-
längert sich das Versicherungsverhältnis stillschweigend jeweils um ein
Jahr, wenn es nicht einen Monat vor Ablauf (die Kündigung muß bereits
am letzten Tag des vorletzten Monats des Versicherungsjahres beim Vor-

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

„Das Unternehmen verzichtet auf Innehaltung der Vorlagefristen
gemäß § 14 Ziff. 2b 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. 2b der AVB genannten Fristen ein-
zureichen. Die Fristen laufen von der Beendigung derjenigen
Behandlung an, für die die Krankenkosten zusammen mit be-
reits angesammelten Rechnungen den Betrag von DM 50,—
übersteigen.

2. In jedem Falle sind Krankenkostenrechnungen spätestens nach
Ablauf von neun Monaten nach beendeter Behandlung vor-
zulegen.“

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

§ 9. Prämienleistungen.

1. Die Versicherungsnehmer sind verpflichtet, die Prämien nach dem
dem Versicherungsvertrage zugrunde liegenden Tarife zu zahlen. Eine
Erhöhung der Prämie ist nur unter der Voraussetzung des § 28 sowie im
Rahmen des Tarifes für Kinder zulässig, sobald sie das 15. Lebensjahr
vollendet haben.

2. Die erste Prämie ist bei Einlösung des Versicherungsscheines, die
weiteren Prämien sind jeweils am Ersten eines jeden Monats im voraus

zu zahlen. Bei Kündigung des Versicherungsnehmers (vgl. § 6) ist die Prämie nur bis zum Ablauf des Versicherungsvertrages zu zahlen.

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

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

§ 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

1. Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so ist die Gesellschaft, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Verträge zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von 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 fälligen Folgeprämie oder die Zahlung einer Folgeprämienrate (vgl. § 9) nicht rechtzeitig bewirkt, so kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern.

4. Eine Wartezeit besteht nicht

a) für Unfälle des täglichen Lebens und Berufsunfälle, sofern diese gegen 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 Entschädigungspflicht besteht.

b) für folgende akute Infektionskrankheiten:

Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genick-

Neuer Text § 13 Ziffer 6:

Bei Übergang auf einen Tarif mit höheren oder zusätzlichen Leistungen gelten von dem zu vereinbarenden Zeitpunkt der Tarifänderung ab

Anlage zum Versicherungsschein!

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

zu den Tarifen N1—N5 und NZ1 und 2 unter Ziffer 6

zu den Tarifen NT, NTA, NTZ unter Ziffer 5

zum Tarif NK 1—3 unter Ziffer 7

zum Tarif KO 1—3 unter Ziffer 8

zu den Tarifen E und SET unter Ziffer 9

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

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

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

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

Dem Versicherungsschein bzw. den AVB beizufügen!

§ 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft (Wartezeiten).

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

2. 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, Eingeweidebrüche (Hernien), Wucherungen, Cysten, Geschwülste, chronische Hauterkrankungen, grauer Star, chronische Ohren- und Nasenerkrankungen, Kiefererkrankungen, Magen- und Darmgeschwüre, chronische Lungenerkrankungen, Tuberkulose jeder Art und Folgen, Herz- und Gefäßerkrankungen, Arteriosklerose, chronische Erkrankungen des Harnapparats, chronische Leber- und Gallenerkrankungen, chronische Unterleiderkrankungen, Steinerkrankungen, Zuckerharnruhr, Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion, Blutkrankheiten, Folgen von Geschlechtskrankheiten, Neurosen, multiple Sklerose, chronische rheumatische und neuralgische Erkrankungen, chronische Sehnen- und Muskelerkrankungen.

Ist eine der aufgeführten, während der Wartezeit behandelten chronischen Krankheiten die Folge einer von der Gesellschaft bedingungsgemäß zu entschädigenden Krankheit nach Ziffer 2 oder 4, so besteht auch für die Folgekrankheit eine Leistungspflicht der Gesellschaft.

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

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

4. Versicherungsleistungen werden nicht gewährt, wenn der Krankenhausaufenthalt wegen einer gesetzlichen Impfung bzw. deren Folgen sowie für die Beseitigung von Schönheitsfehlern erfolgt.

5. Während eines Aufenthaltes 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 Aufenthalt in Sanatorien und Heilstätten besteht nur dann Anspruch auf Versicherungsleistungen, wenn der Sozialversicherungsträger die Einweisung genehmigt.

6. Bei normalen Entbindungen und normalem Wochenbett sowie Fehlgeburten besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

zu zahlen. Bei Kündigung des Versicherungsnehmers (vgl. § 6) ist die Prämie nur bis zum Ablauf des Versicherungsvertrages zu zahlen.

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

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

§ 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

1. Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so ist die Gesellschaft, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Verträge zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von 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 fälligen Folgeprämie oder die Zahlung einer Folgeprämienrate (vgl. § 9) nicht rechtzeitig bewirkt, so kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Frist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Gesellschaft bezeichnete Stelle portofrei zu bezahlen. Neben den Porto- und Mahnkosten können einmalige Verzugsgebühren bis zu 5% jeder rückständigen Monatsrate, höchstens aber insgesamt RM 1,—, für jede Monatsrate erhoben werden.

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

3. Die Gesellschaft kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis dergestalt kündigen, daß die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem 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 worden ist, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 11. Abtretung und Aufrechnung von Ansprüchen.

1. 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.

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

3. 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.

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

4. Kosten der Überweisung von Erstattungsbeträgen werden von den Schadenersatzleistungen abgezogen.

§ 13. Ansprüche gegen die Gesellschaft (Wartezeiten).

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

2. 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, Eingeweidebrüche (Hernien), Wucherungen, Cysten, Geschwülste, chronische Hauterkrankungen, grauer Star, chronische Ohren- und Nasenerkrankungen, Kiefererkrankungen, Magen- und Darmgeschwüre, chronische 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, multiple Sklerose, chronische rheumatische und neurologische Erkrankungen, chronische Sehnen- und Muskelerkrankungen.

Ist eine der aufgeführten, während der Wartezeit behandelten chronischen Krankheiten die Folge einer von der Gesellschaft bedingungs- gemäß zu entschädigenden Krankheit nach Ziffer 2 oder 4, so besteht auch für die Folgekrankheit eine Leistungspflicht der Gesellschaft.

4. Eine Wartezeit besteht nicht

a) für Unfälle des täglichen Lebens und Berufsunfälle, sofern diese gegen 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 Anfälle auslösende Krankheit eine Entschädigungspflicht besteht:

b) für folgende akute Infektionskrankheiten:

Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genick-

Neuer Text § 13 Ziffer 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 Abs. 2 u. 3 dieses Paragraphen erwähnten Wartezeiten. (KO, E, SET u. Leistungsverbesserungen.)

a) Es sind die Urschriften der Rechnungen über die Unterschiedsbeträge der niedrigsten bzw. 3. Klasse und der aufgesuchten Kranken- 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; sodann 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 Erstattungspflicht der Gesellschaft entfällt, wenn nicht folgende Bedingungen eingehalten sind:

a) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, auf Anfordern der Gesellschaft alle Nachweise zu erbringen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich sind. Die Gesellschaft ist insbesondere berechtigt, vom Versicherungsnehmer oder Versicherten eine nach bestem Wissen abgegebene Erklärung des Inhaltes zu verlangen, daß die Behandlung der Krankheit erstmalig nach Ablauf der Wartezeiten gemäß § 13 erfolgte. Die Erklärung ist innerhalb von 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) Sucht der Versicherte ein Krankenhaus außerhalb seines Wohnsitzes auf, so muß dieses innerhalb von fünf Tagen der Gesellschaft gemeldet werden (vgl. jedoch § 15 Ziff. 5).

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 und während der Wartezeit schließt für die unter § 13 Ziff. 3 genannten Krankheiten oder deren Folgen eine Entschädigungspflicht der Gesellschaft aus. Für alle dort nicht genannten Krankheiten beeinträchtigt eine frühere und vor Beginn der Versicherung bereits abgeschlossene Behandlung die Leistungspflicht der Gesellschaft nicht.

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

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

4. Versicherungsleistungen werden nicht gewährt, wenn der Krankenhausaufenthalt wegen einer gesetzlichen Impfung bzw. deren Folgen sowie für die Beseitigung von Schönheitsfehlern erfolgt.

5. Während eines Aufenthaltes 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 Erholungshäusern usw. besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Für Aufenthalt in Sanatorien und Heilstätten besteht nur dann Anspruch auf Versicherungsleistungen, wenn der Sozialversicherungsträger die Einweisung genehmigt.

6. Bei normalen Entbindungen und normalem Wochenbett sowie Fehlgeburten besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

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, werden die Leistungen vom 15. Tage des Krankenhausaufenthalts an gemäß § 19 gewährt.

Für Entbindungen, bei denen ein operativer Eingriff erforderlich ist, für Schwangerschaftserkrankungen und Schwangerschaftsunterbrechungen, die durch eine Krankheit bedingt sind, werden Leistungen des § 19 vom ersten Tage des Krankenhausaufenthalts an gewährt.

7. Bei neugeborenen Kindern sind angeborene Erkrankungen und angeborene körperliche Gebrechen von der Erstattungspflicht ausgeschlossen.

8. Für klinische Behandlung, die wegen Gelstes- und Gemütskrankheiten sowie Reaktionen anormaler psychischer Konstitution und deren Folgen notwendig wird, werden Versicherungsleistungen nicht gewährt.

§ 16. Anzeigepflicht des Versicherten.

1. 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. § 5 B. Ziff. 1).

2. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, bei Erlöschen der Pflichtversicherung die SET-Versicherung für sich und die mitversicherten Personen nach einer normalen Heilkostenversicherung unter Anrechnung der Versicherungszeit nach Tarif SET umzuwandeln (vgl. § 13 Ziff. 6).

Die neue Versicherung muß in unmittelbarem Anschluß an die SET-Versicherung beginnen und spätestens innerhalb 4 Wochen nach Erlöschen der Pflichtversicherung beantragt werden.

§ 17. Verlust des Versicherungsscheines.

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

§ 18. Örtlicher Geltungsbereich.

Die Versicherung ist nur gültig innerhalb der Grenzen Deutschlands. Für die Dauer eines Aufenthaltes 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. 20 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 bis zu den im folgenden genannten Beträgen ersetzt erhält.

1. Die Gesellschaft vergütet für den infolge einer Krankheit notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt nach Tarif SET ein Verpflegungsgeld in Höhe der nachgewiesenen Selbstkosten abzüglich des durch den Sozialversicherungsträger zu erstattenden Betrages, jedoch nicht mehr als RM 6,— täglich.

2. In der 2. Klasse des aufgesuchten Krankenhauses neben den Pflegesätzen entstehende Arztkosten werden erstattet, jedoch höchstens RM 5,— für eine Beratung täglich.

Bei besonderen ärztlichen Verrichtungen (Sonderleistungen) vergütet die Gesellschaft den Rechnungsbetrag bis zum doppelten Mindestsatz der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte). Für die erste eingehende Untersuchung wird der Rechnungsbetrag bis höchstens RM 20,— 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 Mindestsätze der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte) in Verbindung mit den Sätzen des Deutschen Röntgentarifs vom 1. 6. 1930 ersetzt.

Für Bestrahlungen, Inhalationen und Anwendung sonstiger physikalischer Heilmethoden, Bäder, Massagen usw. werden 100% der Kosten vergütet.

Die unter dieser Ziffer vorgesehenen Entschädigungen werden insgesamt auf RM 100,— in einem Versicherungsjahre begrenzt.

5. Für Röntgentiefen- und Radiumbehandlungen werden bis 100% der einfachen Mindestsätze der Preugo in Verbindung mit dem Deutschen Röntgentarif vom 1. 6. 30 ersetzt, jedoch höchstens in einem Versicherungsjahr das Fünffache des unter Ziff. 4 genannten Betrages.

6. Die während des Krankenhausaufenthalts entstehenden Operationskosten werden bis zum fünffachen 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 ins Krankenhaus werden höchstens RM 15,— erstattet.

§ 20. Wahl des Krankenhauses.

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

§§ 21 bis 26 entfallen.

§ 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

Eine Gewinnbeteiligung wird bei Tarif SET nicht gewährt.

§ 28. Änderung der AVB.

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

§ 29. Stempelkosten.

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

Genehmigt durch Verfügung des Aufsichtsamtes für das Versicherungswesen Berlin vom 17. 9. 1946.

gez. Giesen.

