



# Versicherungsschein

Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft zu Berlin

Verstand: Dr. Adolf Tostberg, Vorsitzender; Wilhelm Warnecke, Gerhard Giesen

Vorsitzender 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 Nebenahmrechten, die nicht durch diesen Versicherungsschein selbst beurkundet sind, gemäß dem nachstehend genannten Tarif und den um seitigen Allgemeinen und etwaigen Besonderen Versicherungs-Bedingungen für notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt das tarifähige Tagegeld zu gewähren. Die Versicherung ist auf die Dauer eines Jahres (mit Verlängerung um je ein Jahr, wenn nicht vorher ordnungsgemäß gekündigt werde) abgeschlossen. Die Leistungspflicht der Gesellschaft beginnt mit der Erteilung des Versicherungsscheines, jedoch nicht vor dem unten angegebenen Zeitpunkt.

Vers.-Sch.-Nr.	B 39.388	Geschäftsstelle	Mainz	einschl.
Beginn	1. 1.54 Tarif NK 1	Prämien-Rate DM	3.15	Vers. Steuer monatlich
Frau			12.5.1911	Geburtstag
Anna Karst				
in	Mainz-Weisenau			
	Taunusstr. 17			

Versicherte Personen: (bei Einzelversicherung siehe oben)

Versich.-Schein-Nr.	Verwandtschaftsverhältnis	Vorname	geboren am	Tarif	Mon.-Präm. DM	Pf.
		43				

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

Besondere Bedingungen: (Keine, wenn weitere Eintragungen fehlen)

Berufsunfälle sind gegen Zahlung einer Zuschlagprämie von DM 0.90 nach der Gefahrenklasse 3 in den Versicherungsschutz eingeschlossen. Berufsänderungen sind unverzüglich zu melden.

Berlin-Schöneberg, den 19.1.1954

Innsbrucker Straße 26/27

W.

Prämien- und Kostenberechnung:

Prämien-Rate für Januar .....

Gebühr für den Versicherungsschein .....

Aufnahmegerühr .....

2% Versicherungs-Steuer monatlich DM .....

Gesamtbetrag DM .....

Bei der Antragstellung wurden gezahlt ....

so daß als Rest zu zahlen sind .....

DM	Pf.
3. 15	
- 50	
1. -	
4. 65	
4. 65	
-	

Deutsche Kranken-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft

F. Schrey W. Warnecke

## Quittung.

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

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

Unterschrift

# Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für Krankenhaustagegeld-Versicherung nach den Tarifen NK 1 bis NK 3.

## § 1. Gegenstand der Versicherung.

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

Die medizinische Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung besteht nur für die Zeit, während der eine solche Behandlung noch objektivem ärztlichen Bedarf erforderlich ist.

Ob eine Krankenhauspflege medizinisch notwendig ist, entscheidet im Streitfall der Gesellschafter. 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 anatomischer körperlicher oder geistiger Zustand. Als Krankheit gelten auch Unfälle (vgl. § 13 Ziff. 4e). 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 Geschäftsbereich der Gesellschaft wohnenden gesunden Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

## § 3. Versicherungsantrag.

1. Der Versicherungsantrag ist auf dem kurzu 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 Annahmeverkündung erfolgt in der Regel durch Aushändigung oder Angebot des Versicherungsscheins. Für die Ablehnung brandende Gründe nicht angegeben zu werden; sie ist über dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Die Aufnahme- und Schreibgebühr ist von der Gesellschaft zurückzuverstatten, 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 Ausbildung des Versicherungsscheins übergeben werden.

5. Der Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer erteilt der Gesellschaft für sich und seine von ihm gesetzlich vertretenen Familienangehörigen die Befreiung, über bestehende oder frühere Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Arzten, 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 eines 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 eingeschriebenes Brief erfolgen.

## § 5. Versicherungsbeginn und Versicherungsende.

A 1. Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämie einschließlich Nebengebühren gegen Ausbildung 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 Beiträge entrichtet, die zur Einlösung des Versicherungsscheins erforderlich sind, so setzt die Leistungspflicht der Gesellschaft mit dem Zugang der Annahmeverkündung seitens der Gesellschaft bei dem Versicherungsnehmer bzw. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins ein.

B 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. 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 Vorabdrucken des Abs. 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich.

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

B 1. Der Versicherungsvertrag endet durch:

- a) fristmäßige Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
- b) fristmäßige Kündigung durch die Gesellschaft,
- c) Tod,

d) Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geschäftsbereichs der Gesellschaft,

e) Überführung zu staatlichen Dienstleistungen, durch die Heilfürsorge bedingt ist,

f) Eintritt dauernder Invalidität oder Einweisung in eine Heilanstalt oder in ein Siechenheim,

g) Rücktritt,

h) Anfechtung,

i) fristlose Kündigung des Versicherungsvertrages.

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

## § 6. Kündigung.

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

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

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

3. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer und in den Fällen des § 5 B Ziff. 1 d-f auch während eines Krankenaufenthalts (vgl. § 4) nur bis zum Schluß des Versicherungsvertrages.

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

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. Höchstleistungsdauer, Aussteuerung.

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

- a) Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig innerhalb der ersten 13 Wochen seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die vereinbarte Leistung längstens für die Dauer von 13 Wochen.
- b) Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig innerhalb der 14. bis 32. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die vereinbarte Leistung längstens für die Dauer von 15 Wochen.
- c) Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig innerhalb der 33. bis 104. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die vereinbarte Leistung längstens für die Dauer von 20 Wochen.
- d) Erfolgt die Krankenhausbehandlung erstmalig nach Ablauf der 104. Woche seit Beginn der Versicherung, so gewährt die Gesellschaft die vereinbarte Leistung längstens für die Dauer von 26 Wochen.

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

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

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

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

## § 8. Verletzung der Anzeigepflicht.

1. Hat der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder eine mitversicherte Person bei dem Abschluß, der Änderung oder der Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages die Anzeigepflicht schriftlich verletzt, so kann die Gesellschaft nach Maßgabe der §§ 18 bis 22 VVG (Versicherungs-Vertrags-Gesetz) vom Vertragszugehörigen, 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 Änderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages, es sei denn, daß wegen folgender Krankheiten die Anzeigepflicht schriftlich verletzt ist: Lues, Tuberkulose, Stoffwechsel- und rheumatische Erkrankungen, Steinleiden, Krampfadern sowie Narbenbrüche, Geisteskrankheiten, bei Kindern außerdem Krebs- und Wachstumsveränderungen.

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

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

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

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

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

## § 9. Prämienleistungen.

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Jahresprämien nach dem dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Tarif entsprechend dem Alter zur Zeit des Beginns des Versicherungsvertrages zu zahlen. Eine Erhöhung der Prämie mit dem Alter werden des Versichereten 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 Versicherungsjahrs 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 Schadensfalle aufgerechnet werden. Die jeweilige Prämienrate ist am ersten des betr. Monats im Voraus zu zahlen.

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

4. Die Prämie ist auch nach Eintreten 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 Verträge zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb drei Monaten von 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 Versicherungsjahrs sofort fällig. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung einer Prämie oder Prämienrate kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld — mit dem Hinweis auf die Unwirksamkeit der Stundung des § 9 — und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die rückständige Prämienrate und die weiteren fällig gewordenen Prämienraten innerhalb einer Nachfrist von zwei Wochen, vom Eingang der Aufforderung an getrennt, an die von der Gesellschaft bezeichnete Stelle portofrei zu zahlen. Neben den Porto- und Mühlenkosten 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 Verzug, 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 Nebeneleistungen 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 Verzug 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 Nebeneleistungen nachzahlt, 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 diejenigen Prämie, die ohne Verzug bis zur Zahlung fällig geworden wären, sowie die Nebeneleistungen zahlt. In diesem Falle tritt die Stundung der Prämie für die folgenden Monate bis zum Schluß des Versicherungsjahrs aus § 9 erneut in Kraft.

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

#### § 11. Abtretung und Aufrednung von Ansprüchen.

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können vom Versicherungsnehmer weder verpfändet noch abgetrennt werden. Gegen Forderungen der Gesellschaft kann der Versicherungsnehmer weder aufrechten 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 Zeitpunkt des Abweisungsbescheides an gerechnet, zugestellt sein. In dem Abweisungsbescheid ist auf die mit Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hinzuweisen.

2. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen vorjährigen in zwei Jahren. Die Fälligkeit beginnt mit dem Schluß des Kalenderjahres, in dem die Leistungen sonst 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 Versicherungsvertrag gegen die Gesellschaft erhaben werden, auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Erwartung 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 erstmalig 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 —, Knorpel- und Gelenkdeformitäten, Osteomyelitis, Eingewebefröhre (Tumoren), Wirbelsäulen-, Cysten-, Geschwülste, diabetische Hautoberkrankungen, grauer Star, diabetische Hals-, Ohren- und Nasenerkrankungen, Klebeferkrankungen, Magen- und Darmgeschwüre, diabetische Lufttröhren- und Lungenkrankheiten, Tuberkulose jeder Art und Folgen, Herz- und Gefäßkrankheiten, Arteriosklerose, chronische Erkrankungen des Harnapparats, diabetische Leber- und Gallenerkrankungen, diabetische Unterleibsetzkrankungen, Steinleberkrankungen, Zuckerharnruhr, Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion, Blutkrankheiten, Folgen von Geschlechtskrankheiten, Neurosen, Rückenmarkserkrankungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems — wie z. B. multiple Sklerose u. a. —, chronische rheumatische und neurologische Erkrankungen, chronische Schmerz- 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;

b) 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, Ohnmacht- 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, Kinderhusten, Ziegenpfeffer (Pumpe), spinale Kinderlähmung, epidemische Gencitszitter, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber, Rückfallfieber.

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 Allgemeine Versicherungs-Bedingungen des früheren Tarifs.

#### § 14. Anmeldung und Begründung der Entschädigungsansprüche.

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

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

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

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

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

#### § 15. Leistungsausschluß.

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

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

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

4. Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, die auf aktive Teilnahme an Innern Uhren, an Wettkämpfen, auf Kriegsergebnissen, auf Vorsatz, auf Genuß von Rauschgiften (Morphium, Kokain, Alkohol, Nikotin usw.), auf schuldfähige Beteiligung an Schlägereien oder Raufärenden zurückzuführen sind, begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

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

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

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

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

9. Bei Gedächtniskrankheiten und deren Folgen wird die Hälfte des vorerwähnten Krankenhauslagegeldes gewährt (vgl. jedoch Einschränkung unter Ziff. 8).

10. Der Einwand der Leistungsfreiheit kann seitens der Gesellschaft bei Krankheiten, Anomalien, körperlichen Fehlern, Unfällen und Verletzungen sowie deren Folgen nicht geltend gemacht werden, wenn diese im Antragsantrag 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 Abwehrung 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. Ortlicher Geltungsbereich.

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

#### § 19. Umfang der Versicherung.

1. Die Gesellschaft vergütet für den infolge einer Krankheit notwendig werdenden Krankenhausaufenthalt nach dem Tarif NK1 ein Tagegeld von DM 5,—, nach Tarif NK2 ein Tagegeld von DM 10,— und nach Tarif NK3 ein solides von DM 15,— für die in den Versicherungsbedingungen festgelegte Dauer.

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

**§ 20 entfällt.**

**§ 21. Zahlungstermine.**

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

Rückständige Prämien können von der Versicherungsleistung in Abzug gebracht werden.

**§ 22 entfällt.**

**§ 23. Allgemeines über Krankenhausaufenthalt.**

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

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

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

**§ 24. Nachuntersuchung.**

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

**§ 25—26 entfallen.**

**§ 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.**

1. Die Versicherungen der Tarifgruppe N mit Ausnahme der Tarife NTZ und NKU obliegen gemäß Setzung der Gesellschaft und gemäß einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftspolitischen Erklärung an dem nach Vornahme

oder satzungsmäßigen Rückstellungen und Ausleihungen verbleibenden Reingewinn mit mindestens 75% unter folgenden Bedingungen teil:

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

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

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

3. Zur Ausleihung gelangen stets nur Gewinnanteile, die ein volles Vielfaches einer Monatsprämienrate ausmachen. Verbleibende Reste werden so lange 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.

5. Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung soll für jedes abgelaufene Geschäftsjahr spätestens beginnen mit dem am 1. Juli des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahren fällig werdenden monatlichen Prämienrate. Vorher ausschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Gewinnverrechnung. Während der Gewinnverrechnung ausschiedene 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 Beschlüsse 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 Änderungsmittelzeitang folgt (vgl. § 6 Ziff. 1 Abs. 2). Die Geltendmachung von Ansprüchen auf Grund gehinderter Bedingungen für Versicherungsfälle, die vor dem Wirksumwerden der Änderung eingetreten sind, ist ausgeschlossen.

**§ 29. Stempelkosten.**

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

Zuletzt genehmigt durch Verfügung

des Aufsichtsrats für das Versicherungswesen in Berlin  
— Tgb.-Nr. VII 3167 U. 7 — vom 27. 2. 51 —  
ges. Dr. Berger.

und

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



# Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

Berlin-Schöneberg, Innsbrucker Straße 20/27  
Vorstand: Dr. Adolf Tosberg, Vorsitzender: Wilhelm Warnecke  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitler

Antrags-Nr. \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle:

Nur für die Hauptverwaltung

## Versicherungs-Antrag

(Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeld-[NK]-Versicherung)

Nur für gesundheitlich einwandfreie Personen

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antrag haftet der Antragsteller, auch wenn er die Niederschrift nicht selbst vornimmt. Striche oder Zeichen gelten als Verneinung. Streichungen und Änderungen muß der Antragsteller abzeichnen.

1. Zu- und Vorname des Hauptversicherten. Bei Alleinvier- sicherungen von Ehefrauen Geburtsnamen angeben.	Name:  Karst	Vorname:  Anna	Beruf: Zeitungsträgerin
2. Genaue Anschrift:	Postleitzahl, Wohnort:  Mz.-Weisenau	Post: _____	Kreis: _____
3. Geboren am: 13.5.41 in Mz.-Weisenau	4. Verheiratet, verwitwet, geschieden, ledig? (Nichtatztretendes bitte durchstreichen!)	Zusätzliche Krankenhaus- verpflegungskosten: DM: _____	5. Bei den Tarifen KO, SET, E und NK: Soll das Berufsunfallrisiko mitver- sichert werden? Gef.-Kl.: _____
5. Beantragter Tarif: NK mit abweichen Sterbegeld mit ohne ein dopp. Wegegeb.			
7. Nur für weibliche Personen a) Steht eine Niederkunft bevor? Nein Wann? _____	b) Warum ist der Ehemann nicht mitversichert?		
6. In welchen Personenkreis soll die Versicherung umfassen? Vorname: Größe: cm; Gewicht: kg.	geboren am: 13.5.41	Alter: 43	Monatliche Prämie W geb. 2.15 Zuschläge K V K B U. - .90 (Bei NK inkl. Steuer) 3.05
e) Ehemann Größe: cm; Gewicht: kg.			
b) Ehefrau Größe: cm; Gewicht: kg.			
c) Kind:			
d) Kind:			
e) Kind:			
f) Kind:			
Besteht neben der Krankheitskosten-Versicherung eine Tagegeld-Versicherung, so muß auch für die Krankheitskosten-Versicherung eine Versicherungsssteuer berechnet werden.		2% von DM _____ = DM _____	Endbetrag DM 3.15

9. Die Dauer der Versicherung ist ein Jahr. Sie verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern keine Kündigung erfolgt.

10. Beginn der Versicherung: 1. Januar 1953

11. Wichtig!

Welche Nebenabreden sollen gelten?

Nebenabreden bedürfen der Bestätigung im Versicherungsschein.

Zeit-Wartezeit.

Die Durchschrift ist Quittung für die Antragsteller.  
Der Vermittler kassiert die Aufnahmegebühr und die erste monatliche Prämie bei Antragsannahme. Weitere Zahlungen sind auf das Postscheckkonto der Geschäftsstelle (Landes-, Filial-, Bezirksdirektion) zu leisten.

Bei Stellung des Antrages habe ich erhalten:

a) Vers.-Schein-Geb. DM _____
b) Aufnahmegebühr DM _____
c) 1. monatl. Prämie DM _____
zus. DM _____

Name und Adresse  
des Vermittlers:

Machen Sie richtige und vollständige Angaben, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Sie allein tragen die Verantwortung, auch wenn ein Dritter — z. B. der Vermittler — die Angaben niederschreibt.

Die folgenden Fragen betreffen alle zu versicherten Personen	für Personen über 15 Jahre		für Kinder bis zu 15 Jahren
	männlich	weiblich	
12. 1. Trafen in den letzten 5 Jahren Krankheiten auf?		<i>Mein</i>	
a) Welche und wann?		<i>entfällt</i>	
b) Bestehe noch Folgeerscheinungen der behandelten Erkrankungen? Wenn ja, welche?		<i>1948 August 4 Wochen Redukt.-Akut. 11.8.1 Bonnbach Blutvergiftung blinde Flössel</i>	
c) Behandelnde Ärzte?		<i>z.</i>	
2. War jemals Krankenhaus-, Lazarett-, Heilstätten-, Sanatoriums- oder sonstiger stationärer Aufenthalt notwendig?		<i>ja</i>	
a) Wann?		<i>Mein</i>	
b) Warum?		<i>Frl. Krapp, Mann</i>	
c) Mit Operation?			
d) Bestehen noch irgendwelche Folgeerscheinungen der behandelten Krankheiten bzw. Unfallfolgen? Wenn ja, welcher Art?			
e) Behandelnde Ärzte? (Name und Anschrift)			
Es sind auch Krankheiten anzugeben, die als unwesentlich angesehen werden. Bei Unfall, Art des Unfalls vermerken.			
13. a) Besteht ein Gebrechen, eine Anomalie, ein örtliches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung oder Invalidität?		<i>Mein</i>	
b) Bestehen oder bestanden in Ihrer Familie oder bei Ihnen Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten? Bei wem?		<i>Mein</i>	
14. Sind die aufgeführten Personen vollständig gesund?		<i>ja</i>	
15. a) Besteht eine Lebensversicherung? ja — nein bei		<i>Mein</i>	
b) eine Unfallversicherung? ja — nein bei		<i>Mein</i>	
16. Bestand eine private Krankenversicherung? ja — nein Wo — Bis wann?		<i>Mein</i>	
Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung ist im allgemeinen unzweckmäßig und für die Gesellschaft unerwünscht.			
17. a) Bestand eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse? ja — nein		<i>F. O. K. M.</i>	
b) Wo?		<i>und seit</i>	
c) Von wann bis wann?			
Für den Anspruch auf Wartezeitvergünstigung ist die Erklärung gemäß Form. An. 875 beizufügen.			

Ich erkläre durch meine eigenhändige Unterschrift, daß ich die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen habe. — Insbesondere erkläre ich, daß ich sämtliche mir bekannten Krankheiten und Gebrechen, ob sie bisher ärztlich behandelt wurden oder nicht, ohnsthend angegeben habe. — Es ist mir bekannt, daß ich gemäß § 15 Ziff. 1 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen für Krankheiten der unter § 13 Ziff. 3, Abs. 2 genannten Art nur dann einen Anspruch auf Erstattung habe, wenn diese Krankheiten erstmals nach Ablauf der Wartezeit durch einen Arzt oder Heilpraktiker behandelt werden. — Ebenso habe ich zur Kenntnis genommen, daß mir bekannte Gebrechen und Anomalien gemäß § 15 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen keinen Anspruch auf Erstattung begründen. — Ich bin über die Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen aufgeklärt worden und erkenne sie als verbindlich an. — Ich bin über den Abzug der Franchise im Erstattungsfalle bzw. im Falle der Zahlung eines Krankenhaustagegeldes unterrichtet.

Ich halte mich an diesen Antrag sechs Wochen lang gebunden. Ferner erteile ich für mich und meine mitversicherten Familienangehörigen im Einverständnis mit diesen dem Versicherungsunternehmen die Befugnis, jederzeit über bestehende, frühere oder evtl. eintretende Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern, sonstige Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) Auskünfte jeder Art einzuhören, befreie hiermit alle behandelnden Ärzte usw. von der gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherungsunternehmen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Wird mein Antrag angenommen, so verpflichte ich mich hierdurch rechtsverbindlich zur Einlösung des auf Grund dieses Antrages ausgestellten Versicherungsscheines durch Zahlung der darin festgesetzten Prämie zuzüglich Versicherungsscheingebühr.

Antragsdurchschrift, die gleichzeitig als Quittungsbeleg gilt, habe ich erhalten.

*Meine*, den 22. 12. 1953

*Ulla* (Deutsche Unterschrift des Antragstellers)  
(Vor- und Zuname)

(Unterschrift des Ehemannes bzw. des gesetzlichen Vertreters, wenn der Antrag von einer Ehefrau bzw. einem minderjährigen gestellt wird)  
(Vor- und Zuname)

Die Annahme des Antrages kann ich empfehlen.

(Deutsche Unterschrift des Vermittlers)



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

---

---

Betr.: NT-, NTZ-, NTA- und NK-Versicherungen.

---

Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde ist dem gemäß § 28 der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen gefassten Beschuß von Aufsichtsrat und Vorstand die erforderliche Zustimmung erteilt für den Abzug einer Franchise bei jedem Erstattungsfall.

Für den Abzug der Franchise gelten die AVB der Tarife NT, NTZ, NTA und NK dahingehend als geändert, daß der erste Tag, für den ein Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers besteht, für den Versicherer leistungsfrei bleibt.

# Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

Berlin-Schöneberg

## Versicherungs-Antrag

Nur für gesundheitlich einwandfreie Personen.

### Achtung!

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Antworten auf die im Antragsformular enthaltenen Fragen haftet der Antragsteller, auch wenn eine andere Person die Niederschrift für ihn vornimmt. Diese Antworten haben deutlich und wahrheitsgemäß mit Tinte oder Kopierstift zu erfolgen. Striche oder Zeichen, die zu vermeiden sind, gelten als Verneinung.

Geschäftsstelle:

Vertretung:

Der Vermittler ist berechtigt, die Aufnahmegebühr und die erste monatliche Prämie bei Antragsaufnahme zu kassieren. Weitere Monatsprämien dürfen nur auf das Postscheckkonto der zur Zahlung schriftlich auffordernden Geschäftsstelle (Landesdirektion, Bezirksdirektion, Filialdirektion) gezahlt werden oder an den sich durch den Besitz einer auf Vordrucken der Gesellschaft hergestellten, mit dem Namenszug des Vorstandes versehenen Prämienrechnung als inkassoberechtigt ausweisenden Vertreter. Der Vermittler muß eine Durchschrift dieses Antrages an den Antragsteller aushändigen.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einer anderen Gesellschaft oder Anstalt ist für den Versicherungsnehmer im allgemeinen unzweckmäßig und für die Versicherungsgesellschaft (Anstalt) unerwünscht.

### Wichtig!

Genau lesen!

**Wir wollen Ihre Versicherungsangelegenheiten schnellstes erledigen!**

Bitte beachten Sie aber folgendes:

Bei Zahlungen und Zuschriften stets die Versicherungsschein-Nummer angeben. Ohne diese Angabe kann keine Gewähr für richtige Verbuchung der Prämien und schnelle Erledigung von Zuschriften geleistet werden. Reichen Sie Ihre Arzneirechnungen zusammen mit der Arztrechnung ein. Die Arztrechnungen müssen enthalten:

- a) Vor- und Zuname des Versicherten,
- b) Beginn und Ende der Behandlung,
- c) Krankheitsbezeichnung, möglichst mit Ziffer der Preugo (Preuß. Gebühren-Ordnung für Ärzte)
- d) die Daten der einzelnen Behandlungen und Besuche.

Melden Sie Entschädigungsansprüche umgehend, spätestens aber 3 Monate nach Beendigung der ärztlichen Behandlung an. — Geben Sie uns bitte an, wohin und wie die Entschädigung gezahlt werden soll (in bar, Bank- oder Postschecküberweisung). — Adressenänderungen bitte sofort melden.

Wir versprechen Ihnen bei Beachtung des Vorstehenden schnellste Erledigung Ihrer Versicherungsangelegenheiten. Zahlen Sie uns aber auch bitte pünktlich Ihre Prämie am 1. eines jeden Monats.

**Sind Sie zufrieden, sagen Sie es anderen!**

**Sind Sie unzufrieden, sagen Sie es unserer Beschwerdestelle.**

Zahlkarten übersenden wir Ihnen und bitten Sie, bei weiterem Bedarf rechtzeitig solche anzufordern.

Außer Aufnahmegebühr und erster monatlicher Prämie keine Zahlungen an Vertreter leisten, es sei denn, er ist im Besitz einer mit dem Namenszug des Vorstandes versehenen Prämienrechnung (s. oben).

Wir gewähren Ihnen **Werbeprämien** für Vermittlung von Neuversicherungen. Näheres können Sie durch zuständige Geschäftsstelle erfahren, an die Sie Ihre monatlichen Prämien überweisen.

Streichungen und Änderungen ohne besondere schriftliche Anerkennung des Antragstellers, machen den Antrag ungültig.

1. Zu- und Vorname des Hauptversicherten, Rufnamen unterstreichen. Bei Alleinversicherungen von Ehefrauen Geburtsnamen angeben.	Name:	Vorname:	Beruf?
	Karla	Klara	Hausfrau (selbstständig)
2. Wohnort u. Straße oder Platz? (Bitte genaue Angaben.)	Ort:	Straße/Platz Nr.:	Post / Kreis / Bezirk:
3. Geboren am 12.5.11 in Weissenau	4. Verheiratet, verwitwet, geschieden, ledig? (Nicht zutreffendes bitte durchstreichen.)		
5. Beantragter Tarif: NS	6. Größe: 163 cm Gewicht: 60 kg	14. Nur für weibliche Personen.	
7. Wer soll noch versichert werden? Die Versicherung aller hierneben aufgeführten Personen gilt im Sinne des § 27 Ziffer 1 der A. V. B. mit dem Antragsteller zusammen als Familienversicherung. Frauen, die gesonderte Gewinnabteiligung beantragen, haben ein eigenes Antragsformular auszufüllen (Frauenprämie). Für Kinder kommt nur dann eine Einzelgewinnabteiligung in Frage, wenn für sie eine besondere Versicherung zur Mindestprämie eines Erwachsenen auf besonderem Antragsformular beantragt wird.	Vorname	Geburtsdatum	Warum ist der Ehemann nicht mitversichert? Witwer
	2. Ehefrau	RM 5.75	b) Stellte eine Niederkunft bevor? Wann?
	a) Wie groß cm		
	b) Gewicht kg		
	3. Kind Georg	2.6.36	15. Für Kinder.
	4. "		Welche der vorgenannten Kinder sind mit englischer Krankheit, Bluteruhr oder Ausschlag oder sonst einem Leiden oder Fehler behaftet? Keine
	5. "		
	Mithin gesamte monatliche Prämie RM. 7.75		16. Wurden irgendwelche Nebensabreden getroffen?
8. Beginn der Versicherung	Ab 1. 7. 1946. Die Dauer der Versicherung ist ein Jahr. Sie verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern keine Kündigung erfolgt.		
9. Wie soll die Prämie gezahlt werden?	meistens	Bei Antragstellung, n. d. 15. des Monats ihres letzten Versicherungsbeginns zum 1. d. nächsten Mon.	
Die nachfolgenden Fragen betreffen alle zu versichernden Personen			
für Personen über 15 Jahre		für Kinder	
männlich	weiblich	bis zu 15 Jahren	
10. 1. Waren Sie oder die mitversichernden Familienangehörigen in den letzten 5 Jahren krank? (Es sind auch Krankheiten anzugeben, die als un wesentlich angesehen werden)	Z. Klara	Ulrich	Nebensabreden, die nicht von der Hauptverwaltung bestätigt werden, sind ungültig.
a) Woran?			Ich erkläre durch meine eigenhändige Unterschrift, daß ich die vor- und nebenstehenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen habe. Insbesondere erkläre ich, daß ich sämtliche mir bekannten Krankheiten und Gebrechen, gleichgültig, ob sie bisher ärztlich behandelt wurden oder nicht, nebenstehend angegeben habe. Es ist mir bekannt, daß ich für Krankheiten, die mir als solche bei Abschluß dieser Versicherung bekannt waren, und zwar gleichgültig, ob sie bereits ärztlich behandelt wurden oder nicht, keinen Anspruch auf Entlastung habe, soweit es sich um Krankheiten im § 13 Ziffer 5 a— der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Art handelt. Ebenso habe ich zur Kenntnis genommen, daß mir bekannte Gebrechen und Anomalien gemäß § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen keinen Anspruch auf Entlastung begründen. Den Empfang der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestätige ich hiermit ausdrücklich.
b) Wann?			
c) Welche Ärzte wurden konsultiert?			
(Name u. Wohnung der Ärzte.)			
2. Haben Sie oder die mitversichernden Familienangehörigen jemals einen Unfall erlitten?			Ich halte mich an diesen Antrag 6 Wochen lang gebunden und erhalte der Gesellschaft Bezugsnachricht über bestehende, früher oder evtl. auftretende Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sozialen Versicherungs trägern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle als erforderlich zu erledigende Erkundigungen einzuziehen. Ich ermächtige die betroffenden Ärzte usw., jede diesbezügliche Auskunft der Gesellschaft zu erteilen. Wird mein Antrag angenommen, so verpflichte ich mich hierdurch rechtsverbindlich zur Einlösung des auf Grund dieses Antrages ausgestellten Versicherungsscheines durch Zahlung der darin festgesetzten Prämie zuzüglich Versicherungsschein-Gebühr.
a) Art des Unfalls?			
b) Wann?			
c) Welche Ärzte wurden konsultiert?			
(Name u. Wohnung der Ärzte.)			
3. Wer jemals Krankenhausbehandlung oder Operation notwendig?			
a) Wo und wann?			
b) Weshalb?			
c) Behandelnde Ärzte?			
(Name u. Wohnung der Ärzte.)			
11. a) Besteht irgendein Gebrechen oder ein chronisches Leid?	Ulrich	Ulrich	Antragsdurchschrift, die gleichzeitig als Quittungsbeleg gilt, habe ich erhalten.
b) Gehör und Säkrull normal?	ja	ja	My Weissenau, den 1. 7. 1946.
Inwiefern nicht?			
Grad der Kurz- oder Weitsichtigkeit?			
c) Wer bezieht Renten? Warum?	Ulrich	Ulrich	
d) Wer hat schlechte Zähne od. trug ein künstliches Gebiß?			
e) Wann war die letzte Zahnbefindung?			
(Name u. Wohnung d. Arztes.)			
f) Besteht oder bestanden in Ihrer Familie oder bei Ihnen Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten?			
12. Sind die zu Versichernden vollständig gesund?	1. Frage ja	ja	(Deutliche Unterschrift des Antragstellers)
13. Sind oder waren Sie in einer Lebens-, Unfall- oder Krankenversicherung?	2. Frage ja	ja	(Unterschrift des Ehemannes bzw. des gesetzlichen Vertreters, wenn der Antrag von einer Ehefrau bzw. einem Minderjährigen gestellt wird.)
a) Bei welcher Gesellschaft?			
b) Besteht die Versicherung noch?			
c) Nr. der Krankenversicherung?			
d) Wenn gekündigt von wem?			
e) Zu welchem Termin?			
f) Ist ein von Ihnen oder Ihren mitversichernden bei einer Krankenversicherung gestellter Antrag schon einmal abgelehnt?			
14. Durchschrift für den Antragsteller	Wichtig!		
Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Antworten auf die im Antragsdurchschriften enthaltenen Fragen haftet der Antragsteller, auch wenn eine vorsonst die Niederschrift für ihn vornimmt. Beachten Sie genau die unterschriebene Erklärung.			

Quittung für den Antragsteller

Bei Stellung des Antrages sind an den Vermittler gezahlt:  
a) Aufnahmegerühr RM. 3,-  
b) 1. monatl. Prämie 7.75

insgesamt RM. 9.75

(Name und Adresse des Vertreters)  
Als Quittung gilt die Antragsdurchschrift, auf der der Vermittler unterschrieben.





# Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

BERLIN-SCHÖNEBERG

Vorstand: Dr. Adolf Tosberg, Vorsitzender: Wilhelm Warnecke  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Hermann Hitler

Filialdirektion Mainz, Neubrunnenstraße 15 · Fernruf: Mainz 4825

Postcheckkonto: Ludwigshafen 169 00 · Bankkonto: Rheinische Kreditbank, Mainz, Konto Nr. 49 08

## Betreff: Einlösung des Versicherungsscheines

Sehr geehrtes Mitglied!

Wir übersenden Ihnen hiermit Ihre(n) Versicherungsschein(e).

Für den Versicherungsbeginn sind die Vorschriften des § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen maßgebend.

Den unten angegebenen Betrag bitten wir in Ihrem eigenen Interesse umgehend einzusenden. Einige Einzahlungsformulare anbei. Neue Formulare können Sie jederzeit auf der Rückseite des Einzahlungsabschnittes anfordern.

Hochachtungsvoll!

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

abz, den 25.1.54

Filialdirektor Mainz

J. W. Hollund

Vers.-Schein Nr. .... B.39.388

Versicherungsbeginn ... 1.1.54

Gemäß Abrechnung auf dem Versicherungsschein sind zu zahlen

DM ..... -1-

Ab 1. Februar ..... 19.54 bitten wir monatlich

DM ..... 3.15 zu überweisen.

Ink. 5 (F 12) 3.52.

Bei allen Zuschriften und Geldsendungen bitte die Hauptversicherungsschein-Nr. angeben

www.juergen-und-ursula.de



# Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

Vorstand: Dr. Adolf Tosberg, Vorsitzer; Georg von Brudelhausen  
Vorsitzer des Aufsichtsrats: Dr. Julius Schlinck

Filialdirektion Frankfurt/M. jetzt Mainz, Augustinerstr. 55

Fernwahl: 33329

Postleitzahl: Frankfurt/M. 107-22

Lfd. Nr. 76900

Deutsche Kranken-Vers.-Akt.-Ges.

Filialdirektion Mainz  
Sitz: MAINZ, Welschstr. 6

Ihre Stamm-Nr.: \*)

4318551/2

Bitte bei allen Zahlungen und Zuschriften angeben

Sehr geehrtes Mitglied!

Wir übersenden Ihnen anliegend den für Sie angefertigten Versicherungsschein

Nr. 4318551/2 Nachtrag v. 1.

Die zu zahlende Prämie beträgt ab 1. 1. 46 auf mtl. RM 7.75  
erhöht sich

für die Zeit vom 1. 1. 46 bis 28. 2. 46 sind noch zu zahlen

Prämien: RM 7.50

an Gebühren für Aufnahme . . . . . RM 2.-

für Versicherungs-Schein . . . . . 1.-

für Nachtrag . . . . . RM 3.-

zusammen RM 18.50

Hierauf verrechnen wir:

Zahlung 1. 1. 46 " 9.75  
" 20. 2. 46 " 7.75 RM 17.50

sodaß zu zahlen bleiben . . . . . RM 1.-

mit der Mainz-Pausch.

Wir bitten um Überweisung dieser Summe unter Benutzung der bestliegenden Zehntkarte.

Ab 1. 3. 46 sind monatlich RM 7.75 an uns zu entrichten.

DEUTSCHE KARTE

Deutsche Kranken-Versicherungs-A.-G.

④ Filialdirektion Frankfurt/M. Mainz.

Anlagen!

\*1 Zwecks Arbeitsverzeichnachnahme werden alle für Sie und Ihre Angehörigen gültigen Versicherungen  
aufgelistet. Vor dieser Sichtung ist es erforderlich, daß Sie uns die entsprechenden Dokumente vorlegen.