VERSICHERUNGSSCHEIN

DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.

BERLIN-SCHÖNEBERG

Versicherungs-Schein Nr. 4.318.551-2 Geschäftsstelle Mainz

Beginn 1.1.1946 Tarif N 3 Prämie RM 7.75 monatlich

Frau
Anna Karst
Mainz - Weisenau
Alicestraße 11

12.5.1911 Geburtstag

MITVERSICHERTE FAMILIENANGEHÖRIGE:

Versicherungs-Schein Nr.	Verwandtschafts-Verhältnis	Vorname	geboren am	Tarif	Monats-Prämie RM	Pf.
4318552	Sohn	Georg	2.6.36	N 4	2.	00
			Hierzu die Prämie des Familien-Vorstandes:		5.	75
			ergibt eine Gesamt-Familien-Monats-Prämie von RM		7.	75

BESONDERE BEDINGUNGEN:

"Keine"

Policen-Gebühr RM 1.00

Mainz, den 22.2.1946
Welschstraße 6

DEUTSCHE
KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.
Filialdirektion Mainz

/ 26 Kl.

www.juergen-und-ursula-zwilling.

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

Dem Versicherungsschein beizufügen!

Neufassung des § 27 der Allg. Versicherungs-Bedingungen für die Tarifgruppe „N"
Abrechnungsverband A

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

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

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

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

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

Die Gewinnverteilung erfolgt grundsätzlich durch Verrechnung mit der laufenden Prämie. Eine Barauszahlung wird nicht

www.juergen-und-ursula-zwilling.de

gewährt, ausgenommen in dem Fall, in dem nach Beendigung des Geschäftsjahres die Versicherung infolge Pflichtversicherung erlischt.

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

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

Das Reichsaufsichtsamt für das Versicherungswesen:

In Vertretung:

(gez.) Plass

www.juergen-und-ursula-zwilling.de

DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.

BERLIN-SCHÖNEBERG

Allgemeine Versicherungs-Bedingungen

für Krankenversicherung nach dem Tarif N 3

Bei Versicherungen ohne Sterbegeld entfällt der § 26

N 3

www.juergen-und-ursula-zwilling.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-BEDINGUNGEN FÜR KRANKENVERSICHERUNG NACH DEM TARIF N 3

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und Tarife während der Dauer des Vertragsverhältnisses, unbeschadet der Bestimmungen des § 6 Ziff. 3, den Ersatz des Vermögensschadens, der durch notwendige Krankenpflege entsteht, sowie Geburtshilfe.

Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach ärztlichem Urteil anormaler körperlicher oder geistiger Zustand. Als Krankheit gelten auch Unfälle (vgl. § 13 Ziff. 3 Abs. 2).

§ 2. Versicherungsfähigkeit.

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

§ 3. Versicherungsantrag.

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

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

3. Die Annahme des Antrages kann von einer Untersuchung durch einen von der Gesellschaft bezeichneten Arzt oder von einem 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. Kündigungen, 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. Der Inhalt des Versicherungsscheines gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach erfolgter Aushändigung schriftlich Widerspruch gegen die Richtigkeit des Scheines erhebt. Wird der Versicherungsschein abweichend von dem Antrage oder den Versicherungsbedingungen ausgefertigt, so ist auf die Abänderung bei der Aushändigung des Scheines schriftlich besonders hinzuweisen. Das Recht des Versicherungsnehmers, die Genehmigung wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.

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

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

§ 6. Kündigung.

1. Nach Ablauf der im Versicherungsschein festgesetzten Dauer verlängert sich das Versicherungsverhältnis stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn es nicht einen Monat vor Ablauf (die Kündigung muß bereits am letzten Tag des vorletzten Monats des Versicherungsjahres beim Vorstand der Gesellschaft eingegangen sein) von einem der 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.

Wenn ein Versicherungsnehmer krankenversicherungspflichtig wird, so kann er die Versicherung zum Ablauf des Monats kündigen, in dem der Eintritt der Versicherungspflicht von ihm der Gesellschaft mitgeteilt und durch geeignete Unterlagen nachgewiesen ist.

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

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

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

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

5. Laufende Schadensfälle sind bei Beendigung der ärztlichen Behandlung als abgeschlossen anzusehen. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erstreckt sich bei Kündigung durch die Gesellschaft auch für laufende Schadensfälle nur auf den Vermögensschaden (vgl. § 1), der bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses entstanden ist, nicht aber für eine längere Zeit, als die Leistungspflicht der Gesellschaft nach den Versicherungsbedingungen überhaupt bestehen würde (vgl. § 7, Ziff. 2 [illegible]).

§ 7. Dauer und Höchstentschädigungsbeträge.

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

Grundsätzlich gewährt die Gesellschaft für die Behandlung einer Krankheit die Entschädigung für die Dauer von 39 Wochen ohne Beschränkung durch einen Höchstentschädigungsbetrag. Macht dieselbe Krankheit weitere ärztliche Behandlung erforderlich, so erwirbt der Versicherungsnehmer einen weiteren Erstattungsanspruch nach einer Frist von 12 Monaten, von dem Tage an gerechnet, an dem die letzte entschädigungspflichtige Behandlung stattfand. Die Leistungsdauer wird in einem solchen Falle begrenzt auf 13 Wochen und erweitert sich jeweils nach Ablauf von weiteren 12 Monaten wiederum um jeweils 13 Wochen.

Der Beginn der Entschädigungsdauer wird gerechnet vom ersten Behandlungstage. Bei der Feststellung der Höchstentschädigungsdauer zählen Kalendertage, in denen keine Behandlung stattfand.

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

a) Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig im ersten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 13 Wochen bis zum Höchstentschädigungsbetrage von RM 600,—.

b) Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig im zweiten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 20 Wochen bis zum Höchstentschädigungsbetrage von RM 800,—.

c) Erfolgt die Behandlung einer Krankheit erstmalig im dritten Versicherungsjahr, so gewährt die Gesellschaft die Entschädigung längstens für die Dauer von 26 Wochen bis zum Höchstentschädigungsbetrage von RM 1000,—.

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

Wird der jeweils vorgesehene Höchstentschädigungsbetrag während der Höchstleistungsdauer nicht erreicht, so erwirbt der Versicherungsnehmer einen weiteren Erstattungsanspruch nach einer Frist von 12 Monaten, von dem Tage an gerechnet, an dem die letzte entschädigungspflichtige Behandlung stattfand.

Die Leistungsdauer wird in einem solchen Falle begrenzt auf 13 Wochen und weitert sich jeweils nach Ablauf von weiteren 12 Monaten wiederum um jeweils weitere 13 Wochen, bis der jeweils vorgesehene Höchstentschädigungsbetrag erreicht ist; alsdann gelten die behandelten Krankheiten sowie deren Folgen als ausgesteuert.

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

Bei Geschlechtskrankheiten und deren Folgen werden 50% der jeweils vorgesehenen Höchstentschädigungssätze vergütet.

§ 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 30. Mai 1908 vom Vertrage zurücktreten, ihn anfechten oder ihn mit sofortiger Wirkung kündigen.

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

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

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

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

§ 9. Prämienleistungen.

1. Die Versicherungsnehmer sind verpflichtet, Jahresprämien nach dem dem Versicherungsvertrage zugrunde liegenden Tarife entsprechend ihrem Alter zur Zeit des Beginns der Versicherung zu zahlen. Eine Erhöhung der Prämie mit dem Älterwerden des Versicherten ist nur unter der Voraussetzung des § 28 sowie im Rahmen des Tarifes für Kinder zulässig, sobald sie das 8. oder 16. Lebensjahr vollendet haben.

2. Die Jahresprämie ist im voraus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig, die Zahlung kann aber in monatlichen Raten erfolgen. Die erste Monatsrate ist bei Einlösung des Versicherungsscheines zu zahlen (vgl. § 5). Die übrigen monatlichen Raten gelten jeweils als gestundet und sind am Ersten eines jeden Monats im voraus zu zahlen, können aber von der Gesellschaft im Schadensfalle in Anrechnung gebracht werden. Bei Kündigung des Versicherungsnehmers (vgl. § 6) ist die Prämie nur bis zum Ablauf des Versicherungsvertrages zu zahlen.

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

4. 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.

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

§ 10. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

1. Wird die Zahlung einer fälligen Prämie oder einer Prämienrate (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 RM 2,— für jede Monatsrate erhoben werden. Nach Ablauf der Frist von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der angemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Raten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

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

www.juergen-und-ursula-zwilling.de

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

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

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

§ 11. Abtretung und Aufrechnung von Ansprüchen.

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

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

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

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

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

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

§ 12. Ausschlußfristen, Verjährung, Erfüllungsort und Gerichtsstand.

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

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

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

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

3. Eine Wartezeit besteht nicht bei einem Unfall oder bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Cholera, Pocken, Wechselfieber, Rückfallfieber.

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.

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

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

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

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

c) Die Wartezeit beträgt 12 Monate bei Geschwülsten, chronischen Unterleibserkrankungen, fortschreitenden Blutkrankheiten, Herz- und Gefäßerkrankungen, die chronisch oder die Folgeerkrankung eines anderen sich langsam entwickelnden Leidens sind, chronischen Luftröhrenerkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen und Folgen, Erkrankungen der Drüsen innerer Sekretion, fortgeschrittene Lungentuberkulose oder Tuberkulose anderer Organe, Neurosen, Steinerkrankungen, Eingeweide-Brüchen (Hernien), Zuckerharnruhr und Folgen, Knochen- und Gelenkdeformitäten, chronischen Erkrankungen des Harnapparates, chronischen Lebererkrankungen, Erkrankungen, die als Lues III bezeichnet werden, fortgeschrittener Arteriosklerose, Rückenmarkserkrankungen, Parodontose, chronischen Hauterkrankungen.

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

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

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

7. Die vorgenannten Wartezeiten werden um 3 Monate verkürzt:

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

b) wenn die Versicherung nachweislich innerhalb von einem Monat nach Wegfall einer bisher beim Polizeidienst bestandenen Krankenfürsorge abgeschlossen wird.

8. Auf die vorgenannten Wartezeiten wird die bei einer reichsgesetzlichen Krankenkasse, bei einer Ersatzkasse der Krankenversicherung oder bei einer studentischen Pflichtkrankenkasse zurückgelegte Versicherungszeit angerechnet, wenn die Versicherung nachweislich innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Vorversicherung abgeschlossen wird.

9. Neugeborene Kinder werden ohne jede Wartezeit aufgenommen, wenn zur Zeit der Entbindung die Eltern mindestens 3 Monate versichert waren und die Anmeldung innerhalb einer Frist von vier Wochen nach der Geburt bewirkt wird. Von der Erstattungspflicht ausgeschlossen sind angeborene Erkrankungen und angeborene körperliche Gebrechen.

§ 14. Voraussetzungen für die Erstattung von Rechnungen.

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

a) Es sind die Urschriften der Rechnungen, die für jede versicherte Person besonders ausgestellt sein müssen, einzureichen. Die Gesellschaft kann verlangen, daß die Rechnungen bezahlt und quittiert sind und den Zahlungstag enthalten.

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

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

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

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

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

c) Erkrankungen außerhalb des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers müssen der Gesellschaft innerhalb 5 Tagen gemeldet werden. Innerhalb derselben Frist muß der Versicherungsnehmer dem Vorstand der Gesellschaft anzeigen, wenn der Versicherte ein Krankenhaus außerhalb seines Wohnortes aufsucht (vgl. jedoch § 15 Ziff. 4, Satz 2).

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

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

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

§ 15. Leistungsausschluß.

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

2. Krankheiten, Unfälle und Verletzungen, die auf aktive Teilnahme an inneren 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.

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

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

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

§ 16. Allgemeines über ärztliche Behandlung.

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

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

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

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

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

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

§ 17. Verlust des Versicherungsscheines.

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

§ 18. Örtlicher Geltungsbereich.

Die Versicherung ist nur gültig innerhalb der Grenzen Deutschlands. Für die Dauer eines Aufenthaltes des Versicherten außerhalb Deutschlands [illegible] der Gesellschaft. [illegible]

www.juergen-und-ursula-zwilling.de

§ 19. Umfang der Versicherung.

1. Die Gesellschaft vergütet ihren Versicherten nach Tarif N 3 in tarifmäßiger Höhe:
a) ärztliche und fachärztliche Kosten laut § 20;
b) Zahnbehandlungskosten und Zahnersatz laut § 21;
c) Kosten ärztlich verordneter Arzneien und kleiner Heilmittel sowie Bäder, Bestrahlungen, Massagen usw. laut § 22;
d) Krankenhaus- und Operationskosten laut §§ 23, 24;
e) Geburtshilfe laut § 25;
f) Sterbegeld laut § 26;
g) Wegegebühren lt. § 20 Ziff. 1, sofern der Miteinschluß dieser Gebühren gegen Prämienzahlung vereinbart ist.

2. Als freiwillige Leistung kann die Gesellschaft aus ihren Überschüssen gewähren:
a) Kostenzuschüsse für ärztlich verordnete Heilmittel laut § 22;
b) eine Erholungsbeihilfe für versicherte Kinder nach einjähriger Versicherungsdauer;
c) Kostenzuschüsse für Inanspruchnahme von Autoritäten und Fachärzten.

§ 20. Ärztliche und fachärztliche Behandlung.

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

Die Gesellschaft ersetzt die vollen Arztkosten, höchstens jedoch RM 2,75 für eine Beratung bzw. RM 4,25 für einen Hausbesuch bzw. RM 8,— für einen Nacht-, Sonntags- oder Eilbesuch.

Bei besonderen ärztlichen Verrichtungen (Sonderleistungen) vergütet die Gesellschaft den Rechnungsbetrag bis zum doppelten Mindestsatz der Preugo (Preußische Gebührenordnung für Ärzte), soweit für die einzelne Sonderleistung der einfache Mindestsatz der Preugo den Betrag von RM 2,— übersteigt. Sonderleistungen, bei denen der einfache Mindestsatz der Preugo RM 2,— und geringer ist, werden nicht vergütet. Bei mehreren Sonderleistungen wird nur die teuerste erstattet.

Wegegebühren der Ärzte werden bis RM 1,— pro Doppelkilometer einschließlich Zeitversäumnis, jedoch bis höchstens RM 50,—, jährlich erstattet.

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

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

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

§ 21. Zahnbehandlung.

1. Eine Vergütung für die Behandlung von Zahnerkrankungen findet in der nachstehenden Höhe dann statt, wenn die erste Behandlung des Zahnes nach Ablauf des sechsten Monats seit Beginn der Versicherung erfolgte. Die Vergütung beträgt 75% des Rechnungsbetrages, höchstens 75% des doppelten Mindestsatzes der Preugo, unter Ausschluß von Zahnersatz, mit der Maßgabe, daß die Entschädigung für jedes Versicherungsjahr höchstens RM 50,— für jede versicherte Person beträgt. Für Behandlungen des ersten Versicherungsjahres ermäßigt sich der vorgenannte Höchstsatz auf RM 20,—.

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

§ 22. Arznei- und Heilmittel.

1. Erstattet werden die Kosten ärztlich verordneter Arzneien zur Behebung eines Krankheitszustandes voll bis zu einer Höchstgrenze von RM 75,— jährlich.

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

3. Für ärztlich verordnete Augengläser, Bruchbänder, Bandagen und ähnliche kleinere Heilmittel übernimmt die Gesellschaft 75% der Kosten einfacher Ausführung, jedoch höchstens RM 25,—, jährlich.

Für Röntgenaufnahmen und -durchleuchtungen werden 80% der einfachen Mindestsätze der Preugo in Verbindung mit dem Deutschen Röntgentarif ersetzt. Für Bestrahlungen, Inhalationen und Anwendung sonstiger physikalischer Heilmethoden (Bäder, Massagen usw.) werden 80% der Kosten ersetzt. Als Höchstbetrag für die vorgenannten Leistungen sind RM 30,— jährlich vorgesehen. Besondere Kosten für ärztliche Beratungen oder Besuche werden hierbei nicht vergütet.

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

4. Die in Ziffer 2 und 3 vorgesehenen Entschädigungen werden insgesamt auf RM 75,— höchstens in einem Versicherungsjahr begrenzt.

§ 23. Krankenhausbehandlung.

1. Wird vom behandelnden Arzt Krankenhausbehandlung angeordnet, so werden an Stelle aller anderen Leistungen die Pflegesätze der niedrigsten bzw. der dritten Klasse eines von der Gesellschaft anerkannten Krankenhauses, höchstens jedoch bis RM 6,— täglich für Erwachsene und RM 5,— täglich für Kinder ersetzt. (Vgl. Einschränkung in § 15 Ziff. 4 und Anzeigepflicht in § 14 Ziff. 2c).

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

3. Die Kosten des Transportes ins Krankenhaus werden im Rahmen des § 20 Ziff. 1 erstattet. Die Wegegebühren und die Kosten des Transportes ins Krankenhaus werden insgesamt auf RM 50,— jährlich begrenzt.

§ 24. Operationskosten während der Krankenhausbehandlung.

1. Werden in der niedrigsten bzw. dritten Klasse eines von der Gesellschaft anerkannten Krankenhauses neben den Verpflegungskosten weitere Gebühren berechnet, so werden diese unter Anwendung der §§ 20 und 22 erstattet, soweit es sich um reine Arzt- und Arzneikosten sowie um solche für Röntgenaufnahmen und Durchleuchtungen handelt. Für Operationskosten gewährt die Gesellschaft 100%, jedoch höchstens den zweifachen Mindestsatz der Preugo. Für Nebenkosten (Assistenz, Narkose, Operationssaalbenutzung) werden die tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch RM 15,—, vergütet.

Wird statt der niedrigsten bzw. dritten Klasse eines von der Gesellschaft anerkannten Krankenhauses eine höhere Klasse aufgesucht, so erstattet die Gesellschaft die in der aufgesuchten höheren Klasse besonders berechneten Operationskosten nur dann, wenn diese Kosten auch bei Benutzung der niedrigsten bzw. dritten Verpflegungsklasse in diesem von der Gesellschaft anerkannten Krankenhause erhoben wären.

2. Ist an dem Wohnsitz bzw. Aufenthaltsort des Versicherten kein von der Gesellschaft anerkanntes Krankenhaus vorhanden, so werden an Stelle aller anderen Leistungen die in einem Privatkrankenhaus entstandenen Pflegesätze vergütet mit der Maßgabe, daß der Pflegesatz auf höchstens RM 6,— täglich für Erwachsene und RM 5,— täglich für Kinder einschließlich Arzt-, Operations- und Arzneikosten begrenzt wird.

Werden in der niedrigsten bzw. dritten Klasse des aufgesuchten Privatkrankenhauses Kosten für Operationen besonders berechnet, so erstattet die Gesellschaft neben den Verpflegungskosten einschl. Arzt- und Arzneikosten von höchstens RM 5,— täglich für Erwachsene, RM 4,— täglich für Kinder, Operationskosten gemäß Ziffer 1.

3. Ist an dem Wohnsitz bzw. Aufenthaltsort des Versicherten ein von der Gesellschaft anerkanntes Krankenhaus vorhanden, wird aber gleichwohl ein Privatkrankenhaus aufgesucht, so werden an Stelle aller anderen Leistungen höchstens die Verpflegungskosten gemäß § 23 Ziff. 1 erstattet. Etwaige außerdem entstandene Arzt-, Operations- und Arzneikosten werden gemäß Ziff. 1 nur dann erstattet, wenn sie auch in einem von der Gesellschaft anerkannten Krankenhause berechnet worden wären.

§ 25. Geburtshilfe.

1. Wöchnerinnen erhalten als Beihilfe zu den Kosten einer Entbindung bei Vorlage einer amtlichen Geburtsurkunde folgende Geburtshilfe:

RM	40,—	50,—	60,—	
nach	1/2	3 u. 4	5	Versicherungsjahren.

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

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

3. Bei Fehlgeburten werden nach Ablauf von 9 Monaten des ersten Versicherungsjahres notwendige Arzt- und Operationskosten gemäß § 24 Ziff. 1 gezahlt.

4. Notwendig werdende Arzt- und Operationskosten für solche Krankheiten, die als Folge der Entbindung oder der Schwangerschaft entstanden sind, werden gemäß § 24 Ziff. 1 entschädigt.

5. Für Schwangerschaftsunterbrechungen werden nach Ablauf von 9 Monaten des ersten Versicherungsjahres notwendige Arzt-, Arznei- und Operationskosten gemäß § 24 Ziff. 1 gewährt, jedoch nur dann, wenn für die Krankheit, die die Schwangerschaftsunterbrechung bedingte, gemäß §§ 13 und 15 Erstattungsansprüche bestehen und w[enn] sie nicht nach § 7 bereits ausgesteuert ist.

§ 26. Sterbegeld.

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

RM	100,—	150,—	200,—	
nach	1	3	5	Versicherungsjahren.

Bei Tod durch Unfall wird im ersten Jahre jedoch das einfache Sterbegeld und nach dem ersten Versicherungsjahr das 1½fache Sterbegeld gezahlt, wenn der Tod spätestens binnen 6 Monaten nach dem Unfall durch diesen eintritt.

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

2. Die Zahlung erfolgt nach Beibringung:
1. der amtlichen Sterbeurkunde,
2. des Versicherungsscheines,
3. der letzten Prämienquittung

an den Überbringer der vorgenannten Nachweise.

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

§ 27. Gewinnbeteiligung der Versicherten.

1. Für die Versicherungen der Tarifgruppe N wird ein besonderer Abrechnungsverband gemäß Satzung der Gesellschaft und gemäß einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung gebildet. An dem in diesem Abrechnungsverband nach Vornahme aller satzungsgemäßen Rückstellungen und Aus[illegible] verbleibenden Reingewinn nehmen die Versicherten mit mindestens 75% unter folg[enden] Bedingungen teil:

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

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

3. Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird wie folgt ermittelt: Zunächst wird durch Division des gemäß einer dem Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung ermittelten und zur Verteilung stehenden Gesamtgewinnes durch die gewinnberechtigte Gesamtheit der Monatsprämienraten der auf die Prämieneinheit entfallende Gewinnanteil festgestellt. Bei der Ermittlung der gewinnberechtigten Gesamtheit der Monatsprämienraten zählen die Monatsprämien derjenigen Versicherten, die die Gesellschaft im Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen haben, dreifach. Der Gewinnanteil der einzelnen Versicherung ist alsdann das durch die Höhe der Monatsprämienrate ausgedrückte Vielfache des auf die Prämieneinheit entfallenden Gewinnanteils, wobei gleichfalls die Monatsprämienraten der Versicherungen, bei denen eine Beanspruchung im Geschäftsjahr nicht vorliegt, mit dem dreifachen Betrag angenommen wird.

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

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

§ 28. Änderung der AVB.

Die Gesellschaft kann nach gemeinsamem Beschluß von Aufsichtsrat und Vorstand mit Zustimmung des Reichsaufsichtsamtes 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. 4).

Zuletzt genehmigt durch Verfügung des Reichsaufsichtsamts für Privatversicherung vom 4. Oktober 1940.

(L. S.) In Vertretung:
Tagb. Nr. III C 3187/259. gez. Dr. Ermen.

In Erweiterung des § 16 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird die Inanspruchnahme von zugelassenen Heilpraktikern genehmigt.

www.juergen-und-ursula-zwilling.de