

Die unter § 2 des Gruppenversicherungsvertrages aufgeführten Bisex-Tarife sind seit dem 21.12.2012 im Neugeschäft nicht mehr versicherbar.

Es können für das Neugeschäft alle geöffneten Unisex-Tarife der Gruppenversicherung abgeschlossen werden, soweit die zu versichernde Person nach diesen Tarifen versicherbar ist.

Zwischen der Architektenkammer
Mecklenburg-Vorpommern K.d.ö.R.

in Schwerin

als Versicherungsnehmer

und der DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

in Köln

als Versicherer

wird folgender

Gruppenversicherungsvertrag

geschlossen:

Fassung vom: 01.01.2013

§ 1 – Versicherbarer Personenkreis

- (1) Versicherbar sind die Mitglieder des Versicherungsnehmers.
- (2) Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft und Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) der nach Abs. 1 versicherbaren Personen können in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Ergänzungsversicherung zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung mitversichert werden.
- (3) Kinder können mitversichert werden, solange sie sich in der Ausbildung befinden.
- (4) Versicherbar sind nur Personen, deren ständiger Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag in der Bundesrepublik Deutschland liegt. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, kommt ein Versicherungsverhältnis trotz Beitragszahlung nicht zustande.
- (5) Von dem Personenkreis nach Abs. 1 müssen wenigstens 10 Personen oder, unter Berücksichtigung des Personenkreises nach Abs. 2, insgesamt mindestens 20 Personen versichert werden.
- (6) Der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag ist in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Ergänzungsversicherung zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung, dem Serviceprodukt Best Care und bei der Serviceversicherung OptiMed Tarif O1A ohne Höchstaufnahmearter und in der Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen GT1 und GTU bis zum vollendeten 65. Lebensjahr, nach dem Tarif TC bis zum vollendeten 64. Lebensjahr möglich.

§ 2 – Vertragsgrundlage, versicherte Tarife

- (1) Vertragsgrundlage sind

- a) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für die Krankentagegeldversicherung

Teil I Allgemeine Bedingungen

Teil II	Tarif	GT1	(Architekten)
	Tarif	GTU	
	Tarif	TC	

- b) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Allgemeine Bedingungen

Teil II	M-Tarife		(einschließlich Beitragsentlastung „V“)
	Tarif	K95	(einschließlich Beitragsentlastung „V“)
	Tarif	KFB	(einschließlich Beitragsentlastung „V“)
	Tarif	K2B	(einschließlich Beitragsentlastung „V“)
	Tarife	80	(einschließlich Beitragsentlastung „V“)
	Tarif	BSK	(einschließlich Beitragsentlastung "V")
	Tarif	BSO	(einschließlich Beitragsentlastung "V")
	Tarif	BS5	(einschließlich Beitragsentlastung "V")
	Tarif	BS9	(einschließlich Beitragsentlastung "V")
	Tarif	GST	(einschließlich Beitragsentlastung "V")
	VollMed Tarif	ZPL	
	B-Tarife		
	BA-Tarife		
	Tarife	BAN	
	Tarife	L/ELE	
	Tarife	Q/ELE	
	Tarif	BET	
	Tarif	BAT	
	Tarif	UNI	

Tarifstufe	KMA	(Architekten)
Tarife	AM9,	
Tarif	AMX	
Tarif	SD9	
Tarif	AOP	
Tarif	AM7	
Tarif	AM8	
Tarif	AZS	
Tarif	AZT	
Tarif	ZEV	
Tarif	ZE2	
Tarif	OPTIDENT O1D	
Tarif	G25	
Tarif	KUR	

- c) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für die Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung

Teil I Allgemeine Bedingungen

Teil II	KombiMed Tarif	D50
	KombiMed Tarif	D85
	KombiMed Tarif	DBE
	KombiMed Tarif	SHR

- d) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung

Teil I Allgemeine Bedingungen

Teil II	Tarif	PEK
	Tarif	PET
	Tarif	PTO
	Tarif	PT3

- e) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für das Serviceprodukt Best Care.

- f) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für die Serviceversicherung OptiMed Tarif O1A.

- (2) Versichert werden können die in den genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltenen Tarife, mit Ausnahme der Tarife AM1, AM3, ZM1, ZM2, SM7, Tarife 80 und Tarif ZEV.

Neben der Tarifkombination AM9 und AMX darf für den Versicherten bzw. Mitversicherten ohne Einwilligung des Versicherers keine weitere Ergänzungsversicherung nach dem Tarif AZS bestehen.

Der Tarif AM8 ist nicht in Kombination mit dem Tarif AZT versicherbar.

Die Tarife SM9, SD9 sind in Verbindung mit anderen Tarifen des Versicherers, die Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung vorsehen, nicht versicherbar.

Insgesamt können beim Versicherer durch Einzel- und Gruppenversicherungen nicht mehr als 55 EUR Krankenhaustagegeld versichert werden.

- (3) Die Vertragsgrundlage wird um alle Tarife erweitert, die der Versicherer für den zu versichernden Personenkreis für bedarfs- und risikogerecht hält und um alle Tarife für den Neuzugang reduziert, die diesen Erfordernissen nicht mehr entsprechen. Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer unverzüglich über jede entsprechende Neueinführung oder Schließung eines Tarifs. Der neue Tarif kann ab Beginn des Monats, der auf die Benachrichtigung folgt, abgeschlossen werden. Der geschlossene Tarif ist ab Beginn des Monats, der auf die Benachrichtigung folgt, nicht mehr Vertragsgrundlage.

§ 3 – Meldeverfahren

Der Versicherungsnehmer informiert alle Mitglieder über das Angebot des Gruppenversicherungsvertrages und ermöglicht dem Versicherer, sie in geeigneter Form anzusprechen.

§ 4 – Beitragszahlung

- (1) Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag setzt voraus, dass die versicherte Person am Lastschrift- verfahren teilnimmt. Zieht die versicherte Person die Einzugsermächtigung zurück, wird das Versicherungsverhältnis nach Tarifen der Einzelversicherung fortgesetzt.
- (2) Die Rechtsfolgen bei Nichtzahlung von Erst- oder Folgeprämien treten bei den zu versichernden Personen ein und bleiben auf diese beschränkt.

§ 5 – Beteiligung am Technischen Überschuss

- (1) Für Krankentagegeldversicherungen nach Tarif GT1, GTU und Tarilstufe KMA wird eine gesonderte Abrechnung vorgenommen.
- (2) Die Abrechnung erfolgt in der Weise, dass von den auf das Geschäftsjahr entfallenden Beiträgen die nachfolgend aufgeführten Ausgabepositionen abgezogen werden:
 - auf das Geschäftsjahr abgegrenzte Versicherungsleistungen,
 - Zuführung zur Alterungsrückstellung,
 - die mit der Vertragsführung verbundenen Abschluss- und Verwaltungs-
(einschl. Schadenbearbeitungs-)kosten,
 - ein evtl. Verlustvortrag.
- (3) Ein sich aus der Abrechnung ergebender Überschuss (Technischer Überschuss) ist zu 85 % ausschüttungsfähig.
- (4) Die Ausschüttung des verteilungsfähigen Überschussanteils erfolgt in der Regel in Form der Beitragsrückerstattung mit gleich hohen Vielfachen des Monatsbeitrages derjenigen Versicherungen, für die Anspruch auf Gewinnbeteiligung besteht.

Der Versicherer kann jedoch anstelle der Ausschüttung im Wege der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen.

§ 6 – Geschäftsverkehr

Soweit nur ein bestimmtes Versicherungsverhältnis betroffen ist, ist der Versicherer berechtigt, die Korrespondenz unmittelbar mit dem Versicherten zu führen. Willenserklärungen bezüglich einzelner Versicherungsverhältnisse sind auch wirksam, wenn sie gegenüber den Versicherten erklärt werden.

§ 7 – Einspruchsrecht der Aufsichtsbehörde

- (1) Sollten die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Treuhänder Änderungen dieses Vertrages verlangen, hat der Versicherungsnehmer hierbei mitzuwirken und solche Änderungen im Einvernehmen mit dem Versicherer vorzunehmen.
- (2) Wird bezüglich des Verlangens der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder des Treuhänders kein Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer hergestellt, können beide Vertragspartner diesen Vertrag mit Monatsfrist zum Schluss des laufenden Kalenderjahres kündigen.

§ 8 – Beginn und Dauer des Gruppenversicherungsvertrages

Dieser Vertrag beginnt am **1. September 2002** und wird zunächst bis zum 31. Dezember des folgenden Jahres geschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Kalenderjahr, wenn er nicht von einem der Vertragspartner mit dreimonatiger Frist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt wird.

§ 9 – Ausschließlichkeitsklausel

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, mit keinem anderen Versicherer einen gleichen oder ähnlichen Vertrag abzuschließen, solange dieser Vertrag nicht gekündigt ist.

Die in der Ergänzenden Erklärung zum Gruppenversicherungsvertrag aufgeführten Bisex-Tarife sind seit dem 21.12.2012 im Neugeschäft nicht mehr versicherbar.

Es können für das Neugeschäft alle geöffneten Unisex-Tarife der Gruppenversicherung abgeschlossen werden, soweit die zu versichernde Person nach diesen Tarifen versicherbar ist.

Ergänzende Erklärung zum Gruppenversicherungsvertrag mit der Architektenkammer Mecklenburg-Vorpommern K.d.ö.R.

Neben den in der Anlage zu den nach § 2 des Gruppenversicherungsvertrages versicherbaren Tarifen bieten wir dem unter § 1 genannten versicherbaren Personenkreis folgende Tarife zusätzlich an.

Dabei gelten folgende besondere Bedingungen:

- 1) Vertragsgrundlage sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzelversicherung

- a) für folgende VollMed Tarife

Teil I Musterbedingungen

Teil II Tarifbedingungen

Teil III Tarif:

VollMed Tarif M2

(einschließlich Beitragsentlastung „V 65“)

VollMed Tarif M3

(einschließlich Beitragsentlastung „V 65“)

VollMed Tarif M4 (BR0 - BR4)

(einschließlich Beitragsentlastung „V 65“)

VollMed Tarif MAR

(der für eine Person nur mit einer Versicherung nach VollMed Tarif M2 oder VollMed Tarif M3 bestehen kann)

Versichert werden können die in den genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Tarife mit Ausnahme der Tarife M2, M3 und MAR.

- b) für folgende Tarife aus dem BestMed Tarifsysteem

Teil I Bedingungsteil

Teil II Tarife:

BestMed Tarife BM1 -3

(einschließlich Beitragsentlastung „V 65“)

BestMed Komfort Tarife BM4 (0 – 3)

(einschließlich Beitragsentlastung „V 65“)

BestMed Premium Tarife BM5 (0 – 3)

(einschließlich Beitragsentlastung „V 65“)

Zu den VollMed Tarifen M3 und M4 sowie zu den BestMed Tarifen BM3 und BM4 kann außerdem das Serviceprodukt Best Care hinzuversichert werden.

Neben den BestMed Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen fortgeführt oder abgeschlossen werden.

- 2) Die Beiträge werden nach den in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers für Versicherungen im Rahmen von Kollektiv-Rahmenverträgen (VollMed Tarif) bzw. für Versicherungen im Sinne des DKV-Gruppenversicherungsgeschäftes (BestMed Tarifsysteem) festgelegten Grundsätzen ermittelt. Die Fälligkeit der Beiträge richtet sich nach den im Gruppenversicherungsvertrag festgelegten Vereinbarungen.
- 3) Der Versicherer übernimmt für alle versicherbaren Personen, für die dem Versicherer eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz. Bei erhöhten Risiken kann der Versicherer die Vereinbarung besonderer Bedingungen (wie z.B. einen versicherungsmedizinischen Zuschlag) verlangen.
- 4) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder bei Ausscheiden aus dem versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreises enden die Versicherungen. Die versicherten Personen können die Fortführung nach den für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Einzelversicherung beantragen. Der Antrag auf Fortführung muss spätestens bis zum Ablauf des zweiten Monats nach Beendigung der Versicherung gestellt werden.

Diese Ergänzende Erklärung gilt bis auf Widerruf als Bestandteil des Gruppenversicherungsvertrages.