

Zwischen der

Woltsche, Brieskorn & Partner mbB Wirtschaftsprüfer
Steuerberater

in Dorsten

als Versicherungsnehmer

und der

DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

in Köln

als Versicherer

wird folgender

Gruppenversicherungsvertrag

geschlossen:

1. Wer kann sich versichern?

- 1.1 Versicherbar sind die Mitarbeiter des Versicherungsnehmers, seiner Tochterunternehmen und Beteiligungsgesellschaften, sofern die jeweilige Gesellschaft ihren Sitz in Deutschland hat und die Mitarbeiter ausschließlich oder überwiegend in einer Betriebsstätte in Deutschland tätig sind.
- 1.2 Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung können versichert werden, sofern sie ausschließlich oder überwiegend in einer deutschen Betriebsstätte tätig sind.
- 1.3 Versicherbar sind nur Mitarbeiter, Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung, die in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen.
Auch mit Bezug von Altersrente können bestehende Versicherungen aufrecht erhalten bleiben, wenn und solange die tariflichen Voraussetzungen gegeben sind.
- 1.4 Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft und Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) der nach Abs. 1.1 und 1.2 versicherbaren Personen können mitversichert werden.
- 1.5 Kinder können mitversichert werden, solange sie sich in der Ausbildung befinden.
- 1.6 Versicherbar bzw. mitversicherbar sind nur Personen, deren ständiger Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag in Deutschland liegt. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, kommt ein Versicherungsverhältnis trotz Beitragszahlung nicht zustande.
- 1.7 Von dem Personenkreis nach Abs. 1.1 und 1.2 müssen wenigstens 10 Personen versichert werden.

2. Welche Tarife sind versicherbar?

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

Die Gruppenversicherung gewährt durch Kostenersparnisse einen Beitragsvorteil gegenüber der Einzelversicherung.
- 2.2 Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife in der jeweils gültigen Fassung. Im Rahmen von Obliegenheitsverletzungen ist die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten zu berücksichtigen.
- 2.3 Tarifkombinationen sind möglich, sofern sie tariflich zugelassen sind bzw. wir als Versicherer hierzu unsere Zustimmung geben.

3. Besteht eine Annahmegarantie?

- 3.1 Wir als Versicherer übernehmen für alle versicherbaren Personen, für die eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- 3.2 Voraussetzung hierfür ist, dass neben diesem kein gleicher oder ähnlicher Gruppenversicherungsvertrag mit einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht.
- 3.3 Versicherte Personen haben die Möglichkeit, die Beitrittserklärung gegenüber dem Versicherer in Textform zurückzunehmen (Widerrufsrecht).

4. Gibt es Wartezeiten?

Es gibt grundsätzlich keine Wartezeiten. Hiervon ausgenommen sind Tarife mit produktspezifischen Wartezeiten. Diese Tarife werden in den "Ergänzungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)" der Gruppenversicherung genannt.

5. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

- 5.1 Die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag setzt voraus, dass die versicherte Person am Lastschriftverfahren teilnimmt. Zieht die versicherte Person die Einzugsermächtigung zurück, wird das Versicherungsverhältnis nach Tarifen der Einzelversicherung fortgesetzt.
- 5.2 Die Rechtsfolgen bei Nichtzahlung von Erst- und Folgeprämien treten bei den zu versichernden Personen ein und bleiben auf diese beschränkt.
- 5.3 Im Rahmen der nicht-substitutiven Krankenversicherung ist die Aufrechnung des Versicherers mit

- 3.6 Es gelten folgende Höchstsätze für die Krankentagegeldversicherung:
Tarife KTC, KTAG: Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.
Tarif KTN2: Für den 55 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 300 EUR Krankentagegeld versichern. Für Freiberufler gelten abweichend folgende Höchstsätze: Für den 280 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.
- 3.7 Auch in der Pfl egetagegeldversicherung gelten Höchstsätze. Diese ergeben sich aus den AVB der entsprechenden Tarife. Bei Kombinationen gelten besondere Höchstsätze. Diese ergeben sich aus den Annahmebedingungen der jeweiligen Tarife. Wir informieren Sie gern hierüber.
4. **Gibt es Wartezeiten?**
Es gibt - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KVO80, KKHT, KKUR, KTOG, KDT, PSP und KBCK - keine Wartezeiten.
5. **Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?**
Es gelten die Regelungen der vereinbarten AVB, soweit sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben.
6. **Welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es und wann endet der Versicherungsschutz?**
- 6.1 Eine Mindestversicherungsdauer gibt es - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KVO80, KKHT, KKUR, KTOG, PSP und KBCK - nicht.
- 6.2 Sie können sich von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestversicherungsdauer. Ihre Abmeldung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Frist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auch auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Scheiden Sie aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.
- 6.3 In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir auf unser ordentliches Kündigungsrecht, auch wenn die AVB des Tarifs ein solches vorsehen.
- 6.4 Die Versicherung endet bei
- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw.
 - Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.
- In der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Kurtagegeldversicherung sowie in der Pflegezusatzversicherung besteht in diesen Fällen für schwebende Versicherungsfälle weiter Versicherungsschutz. Dieser endet spätestens vier Wochen nach der Beendigung der Versicherung.
- 6.5 In der Krankentagegeldversicherung gelten folgende Besonderheiten:
- Kündigen wir den Gruppenvertrag, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach der Beendigung.
 - Besteht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Die Versicherung besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Sie endet aber spätestens 52 Wochen nach Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit. Diese Regelung gilt nicht für den Tarif KTOG.
 - Sie haben einen Anspruch auf Umwandlung in eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn die Krankentagegeldversicherung wegen Entfall der Versicherungsfähigkeit beendet wird. Dies gilt auch bei Beendigung wegen des Bezugs von Altersrente bzw. V ollendung des 70. oder 75. Lebensjahres. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person länger als drei Monate versichert war. Die Umwandlung ist nur zulässig, wenn dadurch das bei uns insgesamt versicherte Krankenhaustagegeld einen Tagesgeldsatz von 65 EUR nicht übersteigt. Sie müssen den Antrag auf Umwandlung spätestens bis zum Ablauf des zweiten Monats nach Beendigung der Versicherung stellen. Dieser Anspruch besteht nicht im Tarif KTOG.
- 6.6 Die weiteren Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den vereinbarten AVB.
7. **Wann kann die Versicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden?**
- 7.1 Endet die Versicherung besteht folgender Anspruch: Sie bzw. die betroffene mitversicherte Person können die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung rechnen wir an. Bei einer Beendigung des Gruppenvertrages informieren wir Sie bzw. die mitversicherte Person über das Fortführungsrecht. Dieses endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem Sie bzw. die mitversicherte Person von diesem Recht erfahren haben. Das Fortführungsrecht gilt nicht, wenn die Versicherung durch außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt beendet wurde.
- 7.2 Die Zeit, in welcher im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages eine ununterbrochene Versicherung bestand, berücksichtigen wir wie folgt: Wir rechnen sie auf die Fristen und Wartezeiten der beantragten Tarife in der Einzelversicherung an.

einer ihm aus dem Vertrag zustehenden fälligen Forderung gegen eine Forderung der versicherten Person aus der Versicherung ausgeschlossen, wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass sie ihrer Zahlungsverpflichtung – soweit eine solche besteht – nachgekommen ist. § 35 des Versicherungsvertragsgesetzes wird insoweit abbedungen.

6. Wer informiert über den Gruppenversicherungsvertrag? Wer informiert die Versicherten?

- 6.1 Sie als Versicherungsnehmer stellen sicher, dass die zu versichernden Personen über das Angebot des Gruppenversicherungsvertrages informiert werden. Informationsmaßnahmen zum Angebot werden in Absprache mit Ihnen durchgeführt. Über den Wortlaut von Werbeunterlagen, Informationsdruckstücken bzw. sonstiger Veröffentlichungen, die sich auf den Versicherungsschutz beziehen oder ihn erwähnen, haben Sie vor ihrer Bekanntgabe Einvernehmen mit der DKV herzustellen.
- 6.2 Informationen, die aufgrund rechtlicher Vorgaben mitzuteilen sind, werden von uns als Versicherer im zeitlichen Zusammenhang mit dem Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag an die versicherten Personen übermittelt. Wir unterrichten die versicherten Personen über die sich während der Vertragslaufzeit ergebenden für sie bedeutsamen Änderungen. Bei Kündigung bzw. einvernehmlicher Aufhebung des Gruppenversicherungsvertrages werden die versicherten Personen von uns über die Kündigung und das Fortführungsrecht zu den Bedingungen der Einzelversicherung informiert.

7. Wer korrespondiert mit den Versicherten?

Soweit ein bestimmtes Versicherungsverhältnis betroffen ist, sind wir als Versicherer berechtigt, die Korrespondenz unmittelbar mit der versicherten Person zu führen. Willenserklärungen bezüglich einzelner Versicherungsverhältnisse sind auch wirksam, wenn sie gegenüber der versicherten Person erklärt werden.

8. Welchen Einfluss haben die Aufsichtsbehörde und der Treuhänder?

Sollten die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Treuhänder Änderungen dieses Vertrages verlangen, haben Sie als Versicherungsnehmer hierbei mitzuwirken und solche Änderungen im Einvernehmen mit uns vorzunehmen.

9. Wann beginnt und endet der Gruppenversicherungsvertrag?

- 9.1 Dieser Vertrag beginnt am **1. Januar 2024** 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.
- 9.2 Wird bezüglich des Verlangens der Bundesanstalt oder des Treuhänders (8) kein Einvernehmen zwischen uns und Ihnen als Versicherungsnehmer hergestellt, können beide Vertragspartner diesen Vertrag mit Monatsfrist zum Schluss des laufenden Kalendervierteljahres kündigen.
- 9.3 Sofern gemeinsame Informationsmaßnahmen (6) nicht zur Erfüllung der Mindestpersonenanzahl von 10 unmittelbar berechtigten Personen (1.7) führen, müssen wir als Versicherer den Gruppenversicherungsvertrag aufgrund aufsichtsrechtlicher Bestimmungen kündigen.

10. Was ist bei Anzeigen und Willenserklärungen zum Gruppenversicherungsvertrag zu beachten?

- 10.1 Willenserklärungen und Anzeigen sind durch Sie in Textform (§ 126b BGB) gegenüber uns abzugeben.
- 10.2 Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform (§ 126 BGB).

Dorsten, 28.11.23
(Datum)

Woltsche, Brieskorn & Partner mbB
Wirtschaftsprüfer Steuerberater

Köln, 19.12.2023

i.v. Q. W.
DKV Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

ppa. A. S. R.

Ergänzungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Tarife **BME, BMK, BMKD, BMZ1, BMZ2, BMUNI, BMG, BMZ1G, PMN, PMA, KTC, KTN2, KTAG, KTOG, KDT, KDT70, KDT50/85, KDTK85, KDTP100, KDBE, KDBS, KDBP, KAB, KNHB, KSHR, KHMR, KAZM, KAMP, UZ1/2, KS1/2, KSU, KVO80, PTG, PZU50, PZU100, PSP, KKHT, KKUR und KBCK**

Sehr geehrte Versicherte,
sehr geehrter Versicherter,

mit Ihrer Beitrittserklärung haben Sie sich zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag angemeldet. Dies ist für Sie mit vielen Vorteilen verbunden. Zum Beispiel ist der zu zahlende Beitrag **günstiger** als im entsprechenden Tarif der Einzelversicherung. Darüber hinaus bestehen grundsätzlich **keine Wartezeiten**.

Im Rahmen dieses Gruppenvertrages gelten die vereinbarten AVB mit folgenden Besonderheiten:

1. Gruppenversicherungsvertrag

Wir haben den Gruppenversicherungsvertrag mit dem jeweiligen *Gruppenvertragspartner* geschlossen. Dieser gilt im Rahmen dieses Vertrages als Versicherungsnehmer. Sie als Versicherter haben aber einen unmittelbaren Anspruch auf unsere Versicherungsleistungen. In den beiliegenden AVB sprechen wir Sie daher *direkt als Versicherungsnehmer* an. Zudem erhalten Sie einen Auszug aus dem Gruppenversicherungsvertrag mit den für Sie relevanten Bestimmungen.

2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 2.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem in Ihrem Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Bei den Tarifen KBCK, KDT, KKHT, KKUR, KTOG, KVO80, PSP und UZ1/2 müssen zusätzlich die Wartezeiten abgelaufen sein.
- 2.2 Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes *noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind*, gilt abweichend von den AVB Folgendes: Sie fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit *nicht zu erwarten ist*. Für die Tarife UZ1/2, KVO80, PTG, PZU50, PZU100, PSP, KKHT, KKUR, KTOG, KSU und KBCK gelten diese Regelungen nicht. Es gelten stattdessen Nr. 1.4 AVB der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR, KSU, Teil 1 Nr. 4 AVB des Tarifs KVO80, Teil 1 Nr. 9.2 AVB des Tarifs PTG, Teil 1 Nr. 6.2 AVB der Tarife PZU50, PZU100, Teil 1 Nr. 5.2 des Tarifs PSP, Teil 1 Nr. 4.2 des Tarifs KTOG, Teil 1 Nr. 5.2 AVB des Tarifs KBCK mit folgender Besonderheit: Es kommt nicht auf den Abschluss des Vertrages an, sondern auf den Zeitpunkt, in welchem die Beitrittserklärung zugeht.
- 2.3 In der Krankheitskostenversicherung gilt für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die derzeitige Schwangerschaft (einschließlich einer etwaigen Früh- oder Fehlgeburt), der Schwangerschaftsabbruch, schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen, Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen. Diese Regelung gilt nicht für die PremiumMed Tarife PMN, PMA und Tarif UZ1/2.

3. In welchem Umfang besteht der Versicherungsschutz?

- 3.1 Wir übernehmen für alle versicherbaren Personen, für die eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- 3.2 Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den AVB, dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- 3.3 Bei erhöhten Risiken können wir einen Ausschluss für bestimmte Leistungen festlegen oder einen Risikozuschlag erheben. Lehnen Sie die Zahlung des Risikozuschlags ab, gilt Folgendes: Für die Krankheiten und Unfallfolgen, für die wir den Risikozuschlag verlangt haben, besteht kein Versicherungsschutz. Diese Regelung gilt nicht für die Tarife KSHR, UZ1/2, KVO80, KKHT, KKUR, KTOG, KDT, KSU und KBCK. Für die Tarife PTG, PZU50 und PZU100 können Sie die Zahlung eines Risikozuschlags nicht ablehnen.
- 3.4 Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge können auf Ihren Antrag entfallen. Voraussetzung ist, dass für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Der Entfall wird dann zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt.
- 3.5 Es gilt folgender Höchstsatz für die Krankenhaustagegeldversicherung: Insgesamt können Sie bei uns maximal 65 EUR Krankenhaustagegeld versichern.