

Zwischen der           Stadtwerke Halle GmbH  
                                  in Halle  
                                  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) Der zu versichernde Personenkreis umfasst die Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers sowie die Arbeitnehmer von Beteiligungsgesellschaften, deren Einbeziehung in den versicherbaren Personenkreis der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer ausdrücklich vereinbart hat, sofern sie ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.  
  
Nach Versetzung in den Ruhestand können bestehende Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung, wenn und solange die Voraussetzungen gemäß § 4 des Vertrages eingehalten sind, aufrechterhalten bleiben
- (2) Von diesem Personenkreis werden mindestens 90 %, wenigstens jedoch 20 Personen, versichert.
- (3) Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung können ebenfalls versichert werden.
- (4) Ehepartner, eingetragene Lebenspartner und Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) der nach Abs. 1 und 3 versicherbaren Personen können in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Ergänzungsversicherung zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung mitversichert werden. Kinder können bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres mitversichert werden, darüber hinaus nur, wenn und solange sie sich noch in der Berufsausbildung befinden und der Erziehungsberechtigte Anspruch auf Kindergeld hat.
- (5) 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.
- (6) Personen, die nachweislich bereits anderweitig gegen das gleiche Risiko versichert sind, brauchen am Gruppenversicherungsvertrag nicht teilzunehmen. Sie sind bei dem für die Gruppenversicherung zu erfassenden Personenkreis nicht mitzuzählen.
- (7) Der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag ist in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld-, Ergänzungsversicherung zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung, bei dem Serviceprodukt Best Care und bei der Serviceversicherung OptiMed Tarif O1A ohne Höchstaufnahmearter und in der Krankentagegeldversicherung 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 die in der Anlage aufgeführten Tarife
  - b) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung  
Teil I Allgemeine Bedingungen  
Teil II die in der Anlage aufgeführten Tarife
  - c) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für die Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung  
Teil I Allgemeine Bedingungen  
Teil II die in der Anlage aufgeführten Tarife
  - d) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung  
Teil I Allgemeine Bedingungen

Teil II die in der Anlage aufgeführten Tarife

- 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 der Anlage aufgeführten Tarife, soweit die zu versichernde Person nach diesen Tarifen versicherbar ist.

Tarifkombinationen sind möglich, sofern sie tariflich zugelassen sind bzw. der Versicherer hierzu seine Zustimmung gibt.

Insgesamt können beim Versicherer durch Einzel- und Gruppenversicherungen nicht mehr als 51,13 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**

- (1) Der Versicherungsnehmer meldet dem Versicherer alle Personen, die zu dem nach § 1 zu versichernden Personenkreis gehören, mit Familiennamen, Vornamen, Geburtsjahr und Wohnsitzanschrift.
- (2) Veränderungen innerhalb des zu versichernden Personenkreises wird der Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich anzeigen.

### **§ 4 – Beitragszahlung**

Der Arbeitgeber verpflichtet sich, die Beiträge monatlich im Voraus in einer Summe an den Versicherer zu überweisen und mit ihm abzurechnen. Der geschlossenen Überweisung entspricht es, wenn der Arbeitgeber sich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Versicherten den Versicherer ermächtigen, die Beiträge im Wege des Abrufes von einem Girokonto einzuziehen, so dass die Beiträge dem Versicherer termingerecht zur Verfügung stehen.

### **§ 5 - Beteiligung am Technischen Überschuss**

- (1) Für Krankentagegeldversicherungen nach Tarif GTU 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 – Einspruchsrecht der Aufsichtsbehörde oder des Treuhänders**

- (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 oder des Treuhänders kein Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer hergestellt, können beide Vertragspartner diesen Vertrag mit Monatsfrist zum Schluss des laufenden Kalendervierteljahres kündigen.

#### **§ 7 – Vertragsdauer, Kündigung**

Dieser Vertrag beginnt am **1. Dezember 1996** 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 durch eingeschriebenen Brief zum Ende des Kalenderjahres gekündigt wird.

#### **§ 8 – Ausschließlichkeitsklausel**

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, während der Dauer dieses Vertrages mit keinem anderen Versicherer einen gleichen oder ähnlichen Vertrag abzuschließen.

## Anlage zu den nach § 2 versicherbaren Tarifen

Die in der Anlage 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.**

Versicherungsart	Tarife	Hinweise
<b>Krankentagegeld</b>		
für Selbständige	FT	versicherbare Tarifstufen FT 01-06
	TN2	
	TN3	
für Angestellte	TC	
	GTU	
	TU	
für Selbständige / Angestellte	TG	
<b>Krankheitskosten</b>		
Vollversicherung	K2B	
	GST	
	MC	
	VollMed Aktiv	
	UNI	Studenten
	M	versicherbare Tarife AM0, AM2, AM4, ZM3, SM6
	T80	
	K95	
	VollMed SMB	
	ET	
	BSK	
	BSO	
	BS5	
	BS9	
Ergänzung zur Vollversicherung	SW1/SW2	stationär
	VollMed ZPL	Zahn
	VollMed PLU	ambulant
	G25	Kurkosten
	KUR	Kurkosten
	V65	Beitragsentlastung
<b>Krankheitskosten zur Beihilfe</b>		
Vollversicherung	AB, ZB, SB	
	Q/ELE	
	B	
	BAN	Beamte in der Ausbildung
	BA	Beamte in der Ausbildung
Ergänzung zur Vollversicherung	BE	ambulant, Zahn
	BE1	stationär
	BET	
	BER	
	L/ELE	stationär für GKV-Versicherte mit Beihilfeberechtigung
	SB1/SB2	stationär
	BAT	Beamte in der Ausbildung

Tarifkombinationen sind möglich, sofern sie tariflich zugelassen sind bzw. der Versicherer hierzu seine Zustimmung gibt.

<b>Versicherungsart</b>	<b>Tarife</b>	<b>Hinweise</b>
<b>Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)</b>		
ambulant	AM9	ambulant, Zahn
	AMX	Arzneimittel
	KombiMed AZM	Arzneimittel
	KombiMed SHR	Sehhilfe, Reise
	KombiMed NHB	Naturheilbehandlung
	KombiMed HMR	Hilfsmittel, Reise
	AZS	Zuzahlung GKV, Arzneimittel, Sehhilfe
	AM7	Sehhilfe, Zahn, Reise
	AM8	Sehhilfe, Zahn, Reise, Heilpraktiker
	AZT	Arzneimittel, Sehhilfe, Zahn, Naturheilbehandlung, Kurtagegeld
	AOP	ambulante Operationen
Zahn	KombiMed DT50	
	KombiMed DT85	
	KombiMed DBE	
	OPTIDENT O1D	
	ZEV	
	ZE2	
stationär	GZ	
	SD9	
	SM9	
<b>Krankenhaustagegeld</b>	KM	
<b>Pflegeergänzung</b>	PEK	Pflegekosten
	PET	Pflegekosten
	PT3	Pflegetagegeld
	PTO	Option zu PT3
<b>Service</b>	Best Care OptiMed O1A	

Tarifkombinationen sind möglich, sofern sie tariflich zugelassen sind bzw. der Versicherer hierzu seine Zustimmung gibt.

**Die in der Ergänzenden Erklärung 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 Stadtwerke Halle GmbH**

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:

- a) Vertragsgrundlage sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzelversicherung für folgende Tarife aus dem BestMed Tarifsystem

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 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.

- b) Die Beiträge werden nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers für Versicherungen im Sinne des DKV-Gruppenversicherungsgeschäftes (BestMed Tarifsystem) festgelegten Grundsätzen ermittelt. Die Fälligkeit der Beiträge richtet sich nach den im Gruppenversicherungsvertrag festgelegten Vereinbarungen.
- c) 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.
- d) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder bei Ausscheiden aus dem versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreis 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.