

Zwischen der Nestlé Unternehmungen
Deutschland GmbH

in Frankfurt

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 Mitarbeiter des Versicherungsnehmers sowie die Mitarbeiter von Tochterunternehmen und Beteiligungsgesellschaften.
Nach Versetzung in den Ruhestand können bestehende Versicherungen aufrecht erhalten bleiben, wenn und solange die tariflichen Voraussetzungen gegeben sind.
- (2) Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung können ebenfalls versichert werden.
- (3) Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft und Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) der nach Abs. 1 und 2 versicherbaren Personen können mitversichert werden.
- (4) Kinder können mitversichert werden, solange sie sich in der Ausbildung befinden.
- (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) Von dem Personenkreis nach Abs. 1 und 2 müssen wenigstens 10 Personen oder, unter Berücksichtigung des Personenkreises nach Abs. 3, insgesamt mindestens 20 Personen versichert werden.
- (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 Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung
Teil I Allgemeine Bedingungen
Teil II die in der Anlage aufgeführten Tarife
 - d) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für das Serviceprodukt Best Care.
 - e) 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.

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

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 65 EUR Krankenhaustagegeld versichert werden.

§ 3 – Informationen zum Gruppenversicherungsvertrag

Der Versicherungsnehmer stellt sicher, dass die zu versichernden Personen über das Angebot des Gruppenversicherungsvertrages informiert werden und ermöglicht dem Versicherer, die zu versichernden Personen in geeigneter Form anzusprechen.

§ 4 – Beitragszahlung

- (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.
- (2) Die Rechtsfolgen bei Nichtzahlung von Erst- und Folgeprämien treten bei den zu versichernden Personen ein und bleiben auf diese beschränkt.

§ 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 Verwaltungskosten (einschl. Schadenbearbeitungskosten),
 - 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 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 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.

§ 8 – Beginn und Dauer des Gruppenversicherungsvertrages

Dieser Vertrag beginnt am **1. Juni 2005** 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 – Übergangsbestimmung

- (1) Dieser Vertrag tritt an die Stelle des Gruppenversicherungsvertrages vom **16.02./03.03.2004**, der mit Inkrafttreten dieses Vertrages erlischt.
- (2) Die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages vom **16.02./03.03.2004** bestehenden Versicherungen werden unverändert in diesen Vertrag übernommen.

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.**

Anlage zu den nach § 2 versicherbaren Tarifen

Stand: 01.01.2012

Versicherungsart	Tarife	Hinweise
Krankentagegeld für Selbständige für Angestellte	TN2	
	TN3	
	TC	
	TU*	
	GTU	
Krankheitskosten Vollversicherung	K2B	
	Tarife 80*	
	K95*	
	UNI	Studenten
	M**	versicherbare Tarife AM0,AM2,AM4, ZM3, SM6
	BSK	
	BSO	
BS9*		
Ergänzung zur Vollversicherung	G25	Kurkosten
	KUR	Kurkosten
	V65	Beitragsentlastung
Krankheitskosten zur Beihilfe Vollversicherung	B*	
	BAN	Beamte in der Ausbildung
	BA*	
	Q/ELE	
Ergänzung zur Vollversicherung	BET	
	BER	
	L/ELE	stationär für GKV-Versicherte mit Beihilfeberechtigung
	BAT	Beamte in der Ausbildung

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

* Für den Neuzugang geschlossen

** Die Tarife AM1, AM3, ZM1, ZM2 und SM7 sind für den Neuzugang geschlossen

Versicherungsart	Tarife	Hinweise
Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)		
ambulant	AM9	ambulant, Zahn
	AMX	Arzneimittel
	AZS*	Zuzahlung GKV, Arzneimittel, Sehhilfe
	AZT*	Arzneimittel, Sehhilfe, Zahn, Naturheilbehandlung, Kurtagegeld
	AOP*	ambulante Operationen
	AM7*	Sehhilfe, Zahn, Reise
Zahn	ZEV*	
	OPTIDENT O1D*	
stationär	SM9*	
	SD9*	
Krankenhaustagegeld	KM	
Pflegeergänzung	PEK	Pflegekosten
	PET	Pflegekosten
Service	Best Care	

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

* Für den Neuzugang geschlossen

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 Nestlé Unternehmungen Deutschland 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.

* Die Tarife BM1 und BM2 sind für den Neuzugang geschlossen.