

Zwischen dem Deutschen Herzzentrum Berlin
in Berlin
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 Höchstaufnahmealter 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.

Sind der Versicherte oder ein Mitversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, kann der Versicherte bei Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze beantragen, die bisherige Versicherung nach Tarif GZ 2 in eine Krankheitskostenvollversicherung nach Tarifen, die innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages für den Neuzugang geöffnet sind, umzuwandeln. Falls der Versicherte bzw. der Mitversicherte zum Zeitpunkt der Umwandlung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die Umwandlung innerhalb von zwei Monaten nach Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze beantragt wird, erfolgt die Umwandlung ohne erneute Risikoprüfung.

Insgesamt können beim Versicherer durch Einzel- und Gruppenversicherungen nicht mehr als 65 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 im Neuzugang ab Beginn des Monats, der auf die Benachrichtigung folgt, nicht mehr Vertragsgrundlage.

§ 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 – 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.

§ 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 – Beginn und Dauer des Gruppenversicherungsvertrages

Dieser Vertrag beginnt am **1. Juli 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.

§ 8 – Ausschließlichkeit

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
Krankentagegeld		
für Selbständige	FT	versicherbare Tarilstufen FT 01-06
	TN2	
	TN3	
für Angestellte	TC	
	TU	
für Selbständige / Angestellte	TG	
Krankheitskosten		
Vollversicherung	AP1	
	AV	
	K2B	
	GST	
	MC	
	VollMed Aktiv	
	UNI	Studenten
	M	versicherbare Tarife AM0, AM2, AM4, ZM3, SM6
	H	versicherbare Tarife AH2, AH3, AH4, ZH0
	VH	
	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
Krankheitskosten zur Beihilfe		
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

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

Versicherungsart	Tarife	Hinweise
Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)		
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	
Krankenhaustagegeld	KM	
Pflegeergänzung	PEK	Pflegekosten
	PET	Pflegekosten
	PT3	Pflegetagegeld
	PTO	Option zu PT3
Service	Best Care	
	OptiMed O1A	

Tarifikombinationen 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 dem Deutschen Herzzentrum Berlin

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.