

Auch mit Notruf-Service!
Notrufnummer (Deutschland):

+49 (0)89 / 455 60-355

Ein Service des

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

Auslandsreisekrankenversicherung
nach Tarif ARK Schüler + Studenten

ALTE OLDENBURGER

Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

AUF REISEN SO SICHER WIE ZU HAUSE.

Als junger Mensch haben Sie die Chance, Europa und die Welt zu entdecken. Auslandssemester und Sprachreisen sind gerade für Schüler und Studenten interessant, um neue Perspektiven zu eröffnen.

Wir, aus dem Hause ALTE OLDENBURGER, geben Ihnen die Sicherheit, auf allen Wegen optimal versorgt zu sein. Unbürokratische Hilfe ist bei uns immer nur einen Telefonanruf weit entfernt!

Unsere Auslandsreisekrankenversicherung für Schüler und Studenten richtet sich speziell an junge Menschen, die für einen bestimmten Zeitraum (max. 5 Jahre) von oder nach Deutschland reisen, um im Ausland oder hier zu studieren.

Je nach gewünschter Absicherung können Sie innerhalb der Produktvarianten „BASIC“, „PROFI“ und „PREMIUM“ verschiedene Leistungspakete nutzen. Der besondere Service unserer Notruf-

nummer (+49 (0)89 / 455 60 - 355) erleichtert zusätzlich die medizinische Hilfe vor Ort durch professionelle Unterstützung. Dadurch haben Sie unabhängig von Ihren Zielen immer die Gewissheit, vollständig abgesichert zu sein. Auf Reisen so sicher wie zu Hause!

Die Vertragssprache ist Deutsch.

ALTE OLDENBURGER

Als traditionsreiches Unternehmen schützen wir seit über 80 Jahren verantwortungsvoll die Interessen unserer Versicherten. Das Wohl der Menschen steht dabei immer im Mittelpunkt unserer Arbeit.

Durch eine solide Wertschöpfung sind wir seit jeher erfolgreich mit zukunftsorientierten Produkten im Wettbewerb aktiv. Eine schlanke Infrastruktur mit kurzen Entscheidungswegen und eine flexible Vertriebsorganisation gewährleisten zudem ein optimales Preis-Leistungs-Verhältnis unserer Angebote.

Wir stellen allen Versicherten individuell angepasste Leistungen zur Verfügung und stehen Ihnen mit hochmotivierten, kompetenten Mitarbeitern in allen Lebenslagen beratend zur Seite.

Die unmittelbare Nähe zu den Menschen sowie die ganzheitliche Vorsorge und Absicherung unserer Kunden bildet für uns als privates Krankenversicherungsunternehmen die Grundlage einer nachhaltigen Geschäftspolitik.

Für den Vertragsschluss brauchen Sie nur das integrierte Antragsformular vollständig auszufüllen und an folgende Adresse zu schicken:

**ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
von 1927 V.V.a.G.
Moorgärten 12–14
49377 Vechta**

Oder faxen Sie den Antrag an
☎ 44 41 / 905 - 470

Sie erhalten von uns gesonderte Versicherungsscheine.

Inhaltsverzeichnis

<u>Leistungen und Beiträge im Überblick</u>	<u>5</u>
<u>Produktinformationsblatt</u>	<u>6</u>
<u>Informationen zum Versicherungsvertrag</u>	<u>8</u>
<u>Versicherungsbedingungen</u>	<u>12</u>
<u>Datenschutzeinwilligung</u>	<u>24</u>
<u>Antragsformular</u>	<u>25</u>
<u>Merkblatt zur Datenverarbeitung</u>	<u>31</u>
<u>Satzung</u>	<u>34</u>

Leistungen und Beiträge im Überblick

Leistung	Tarifvarianten		
	BASIC	PROFI	PREMIUM
ambulante Heilbehandlungskosten gemäß Gebührenordnung für Ärzte* · nach Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) bis · nach den Abschnitten A, E und O (technische Verrichtungen) bis · in allen anderen Fällen bis	1,15-fach 1,8-fach 2,3-fach	1,15-fach 1,8-fach 2,3-fach	Höchstsatz Höchstsatz Höchstsatz
ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel	100%	100%	100%
ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen pro Jahr	250,- EUR	500,- EUR	100%
Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen	100%	100%	100%
Entbindung**	100%	100%	100%
ärztlich verordnete Hilfsmittel infolge eines Unfalles	100%	100%	100%
zahnärztliche Heilbehandlungskosten gemäß Gebührenordnung für Zahnärzte bis schmerzstillende Zahnbehandlung zu 100% pro Jahr bis	2,3-fach 250,- EUR	2,3-fach 750,- EUR	Höchstsatz 1.000,- EUR
Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz zu 50% pro Jahr bis**	1.000,- EUR	1.500,- EUR	2.000,- EUR
Zahnersatz zu 50% pro Jahr bis**	—	1.500,- EUR	2.000,- EUR
unfallbedingter Zahnersatz zu 100% pro Jahr bis	—	2.500,- EUR	2.500,- EUR
stationäre Behandlungskosten in einem Mehrbettzimmer	100%	100%	100%
Transport zur stationären Behandlung	100%	100%	100%
medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen	100%	100%	100%
Kranken-Rücktransportkosten ins Heimatland	100%	100%	100%
Überführungs- und Bestattungskosten bis	10.000,- EUR	10.000,- EUR	10.000,- EUR
Kosten des Beförderungsmittels (einfache Klasse) für die Hin- und Rückreise eines Angehörigen bei einem stationären Aufenthalt (mind. 14 Tage) der versicherten Person	—	100%	100%
Monatsbeitrag bis zum 12. Monat pro Person (EUR)	31,-	39,-	44,-
Monatsbeitrag ab dem 13. bis zum 60. Monat pro Person (EUR)	44,-	55,-	64,-

Maßgeblich für den Umfang des Versicherungsschutzes sind die Inhalte der Versicherungsbedingungen und des Versicherungsscheines.
Bitte beachten Sie auch die Leistungseinschränkungen in § 6 der Versicherungsbedingungen (Allgemeiner Teil).

* Behandlungen außerhalb Deutschlands werden im Rahmen der ortsüblichen Sätze erstattet.

** Die Wartezeit für Entbindungen beträgt acht, für den nicht unfallbedingten Zahnersatz sechs Monate.

Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch **nicht abschließend**. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen (A: Allgemeiner Teil und B: Besonderer Teil) dieser Broschüre. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Es handelt sich um eine zeitlich befristete private Auslandsreisekrankenversicherung.

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Versichert ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, die während des Auslandsaufenthaltes eintreten. Dazu zählen z. B. Behandlungen beim

Arzt, im Krankenhaus oder Arzneimittel. Die genaue Tarifbeschreibung entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen (Allgemeiner und Besonderer Teil). Keine Leistungspflicht besteht für die bei Vertragsabschluss bzw. bei Abschluss des Anschlussvertrages bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbaren Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind. Weitere Ausführungen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag, wann müssen Sie ihn bezahlen und was passiert, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen?

Der zu entrichtende **monatliche** Beitrag für die jeweils gewählte Tarifvariante beträgt pro Person:

	BASIC	PROFI	PREMIUM
Monatsbeitrag bis zum 12. Monat (EUR)	31,-	39,-	44,-
Monatsbeitrag ab dem 13. bis zum 60. Monat (EUR)	44,-	55,-	64,-

Der Erstbeitrag ist bei Versicherungsbeginn fällig. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens ab Zahlung des Beitrags. Wenn Sie den Beitrag nicht oder verspätet zahlen, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen. Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter § 3 „Prämie“.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise für die Behandlungen im Ausland, die der

alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren, oder für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter § 6 „Einschränkung der Leistungspflicht“.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss? Welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Bei Vertragsabschluss sind alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu machen. Sofern Sie dagegen verstoßen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

6. Welche Verpflichtungen haben Sie, wenn ein Schaden eingetreten ist und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie **unter anderem** den Schaden möglichst

gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte. Der Schaden ist der ALTE OLDENBURGER außerdem unverzüglich anzuzeigen. Weitere Pflichten entnehmen Sie bitte § 7 „Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ der Versicherungsbedingungen.

Wird eine der Pflichten verletzt, so kann die ALTE OLDENBURGER die Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Dies kann bis zum Verlust der kompletten Versicherungsleistungen führen. In § 7 „Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ der Versicherungsbedingungen finden Sie hierzu ebenfalls nähere Informationen.

7. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertra-

ges, nicht vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. ins Ausland, nicht vor Zahlung der Prämie und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle zum vereinbarten Zeitpunkt, mit Beendigung des Versicherungsvertrages, mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland oder wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.

Weitere Einzelheiten zu Beginn und Ende des Versicherungsschutzes können Sie dem § 4 „Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes“ der Versicherungsbedingungen entnehmen.

8. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Der Versicherungsvertrag endet zum vereinbarten Zeitpunkt. Weitere Beendigungsmöglichkeiten können Sie den Versicherungsbedingungen entnehmen.

Informationen zum Versicherungsvertrag bei dem ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. gemäß § 1 VVG-InfoV

Die folgenden Informationen geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen und Rechte des Versicherungsvertrages. Bewahren Sie diese Verbraucherinformationen bitte sorgfältig auf. Sie sind Bestandteil des Versicherungsvertrages.

Identität des Versicherers

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung
von 1927 V.V.a.G.

Moorgärten 12–14, 49377 Vechta
Telefon: 04441 / 905 – 0
Fax: 04441 / 905 – 470
E-Mail: info@alte-oldenburger.de
Internet: www.alte-oldenburger.de

Registergericht:
Amtsgericht Oldenburg
HRB 110012

Sitz: Vechta, Rechtsform: Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

Ladungsfähige Anschrift/gesetzliche Vertreter

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von
1927 V.V.a.G., Moorgärten 12–14, 49377 Vechta /
Postfach 1363, 49362 Vechta, vertreten durch
den Vorstand Georg Hake (Vors.), Dr. Ulrich
Knemeyer

Hauptgeschäftstätigkeit/Aufsichtsbehörde

Hauptgeschäftstätigkeit des ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. ist der direkte
und indirekte Betrieb der Krankenversicherung.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht Bereich
Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße
108, 53117 Bonn, www.bafin.de.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Je nach Umfang des gewählten Versicherungsschutzes
leistet die ALTE OLDENBURGER nach den jeweiligen
Versicherungsbedingungen.

Der Umfang des Versicherungsschutzes wird vom
Versicherungsnehmer im Antragsdruckstück bestimmt.
Genauere Angaben über Art und Umfang des vom
Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes
sind den Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Anwendbares Recht

Auf das Vertragsverhältnis findet Deutsches
Recht Anwendung.

Gesamtpreis

Den von Ihnen zu zahlenden monatlichen Beitrag
entnehmen Sie bitte Punkt 3 des Produktinformationsblattes
oder Ihrem Antrag.

Zusätzliche Kosten

Weitere zusätzliche Steuern, Gebühren oder
Kosten fallen für Sie nicht an.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung entnehmen Sie bitte Punkt 3 des Produktinformationsblattes.

Gültigkeit der Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind zeitlich unbefristet gültig.

Zustandekommen des Vertrages

Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Antritt der Auslandsreise bzw. nach Ablauf der Frist von einem Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.

Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ord-

nungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht und der Versicherer eine Versicherungsbestätigung an den Versicherungsnehmer sendet. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.

Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Nummer 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag zur Rückzahlung zur Verfügung.

Beginn des Versicherungsschutzes

Angaben zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte Punkt 7 des Produktinformationsblattes (siehe Seite 7 dieser Broschüre).

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform

(z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Moorgärten 12–14, 49377 Vechta / Postfach 13 63, 49362 Vechta. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0 44 41 / 905 - 470.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz

vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich errechnet durch die Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrages. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragslaufzeit

Der Vertrag ist je nach gewählter Dauer befristet.

Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer abgeschlossen werden. Die Höchstversicherungsdauer beträgt fünf Jahre. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur mit einem Anschlussvertrag verlängert werden, wenn der Antrag für den Anschlussvertrag vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der ALTE OLDENBURGER vorgelegen hat und diese dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmt. Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung neu eingetreten sind.

Beendigung des Vertrages

Der Versicherungsvertrag endet zum vereinbarten Zeitpunkt. Weitere Beendigungsmöglichkei-

ten können Sie den Versicherungsbedingungen entnehmen.

Anwendbares Recht/Zuständiges Gericht

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig gemacht werden. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Vertragsprache

Maßgebliche Sprache für das Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Außergerichtliches Beschwerdeverfahren

Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an uns, darüber hinaus haben Sie

bei Meinungsverschiedenheiten die Möglichkeit, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann der Privaten Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V.,
Kronenstraße 13, 10117 Berlin,
Tel.: 01802/550444, Fax: 030/20458931,
Internet: www.pkv.ombudsmann.de

Die Möglichkeit für Sie als Versicherungsnehmer den Rechtsweg zu beschreiten, ist hiervon unberührt.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sie haben zusätzlich die Möglichkeit, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Postfach 1308, 53003 Bonn, einzuschalten.

Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. (ALTE OLDENBURGER) nach Tarif ARK Schüler + Studenten

A: Allgemeiner Teil (gültig für alle im Teil B aufgeführten Tarife BASIC, PROFI und PREMIUM)

§ 1 Versicherbare Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig sind Schüler, Sprachschüler, Studenten, Stipendiaten, Praktikanten oder Doktoranden bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres (35. Geburtstag), sofern sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:
 - a) Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz im Ausland während eines Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland;
 - b) Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland sowie Staatsangehörige der EU-Staaten mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland während eines Aufenthaltes im Ausland;
 - c) Personen mit anderer Staatsangehörigkeit während eines Aufenthaltes im Ausland, sofern sie ihren

ständigem Wohnsitz seit mindestens zwei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland haben.

3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd pflegebedürftig sind, sowie Personen mit psychischen Störungen von erheblichem Ausmaß. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt der Auslandsreise bzw. innerhalb 31 Tagen nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zu stellen. Das Datum der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. der Grenzüberschreitung ins Ausland ist auf Verlangen nachzuweisen. Nach Antritt der Auslandsreise bzw. nach Ablauf der Frist von einem Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ist der Abschluss eines Versicherungsvertrages nicht mehr möglich.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt beim Versicherer eingeht und der Versicherer

eine Versicherungsbestätigung an den Versicherungsnehmer sendet. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.

3. Für Personen, welche die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Nummer 3 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Zahlung der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag zur Rückzahlung zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer abgeschlossen werden.
5. Die Höchstversicherungsdauer beträgt fünf Jahre.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur mit einem Anschlussvertrag verlängert werden, wenn der Antrag für den Anschlussvertrag vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei der ALTE OLDENBURGER vorgelegen hat und diese dem Anschlussvertrag ausdrücklich zustimmt.

Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, Krankheiten, Beschwerden sowie deren Folgen, die nach Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.

7. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.
8. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
9. Der Versicherungsvertrag endet
 - a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
 - b) mit dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus der Bundesrepublik Deutschland. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die

Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod bzw. dem Wegzug des Versicherungsnehmers abzugeben;

- c) mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
- d) wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland nicht mehr vorliegen:
 - wenn sich die versicherte Person zu einem dauerhaften Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland entschieden hat oder
 - wenn die versicherte Person endgültig in ihr Heimatland zurückkehrt;
- e) wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.

§ 3 Prämie

1. Zahlung der Erstprämie:
 - a) Die Erstprämie ist bei Vertragsbeginn fällig.
 - b) Wird die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
 - c) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung

verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

2. Zahlung der Folgeprämien:
 - a) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von zwei Wochen.
 - b) Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie, der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
 - c) Der Versicherer verbindet die Zahlungsfrist von zwei Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
 - d) Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b) bleibt hiervon unberührt.

§ 4 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

1. Geltungsbereich
 - a) Die ALTE OLDENBURGER bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorüberge-

hend in der Bundesrepublik Deutschland oder im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.

- b) Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat und/oder dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- c) Abweichend von b) besteht unter den folgenden Voraussetzungen auch im Heimatland der versicherten Person Versicherungsschutz:

- Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal sechs Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von zwölf Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn.

Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu insbesondere § 8 Nummer 1 e).

2. Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch

- nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
- nicht vor der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. Grenzüberschreitung ins Ausland;
- nicht vor Zahlung der Prämie;
- nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.

3. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- zum vereinbarten Zeitpunkt;
- mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- mit der Beendigung des vorübergehenden Aufenthaltes der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Ausland;
- wenn die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person entfallen.

4. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise

wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten, weiter.

§ 5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

I. Allgemeines

- Die ALTE OLDENBURGER leistet Entschädigung für akut auf der Reise eintretende Versicherungsfälle.
- Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, sofern die Schwangerschaft nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden hat;
 - Tod.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
4. In der Bundesrepublik Deutschland steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, wenn diese – sofern vorhanden – nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, anderenfalls die ortsübliche Gebühr, berechnen.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 4 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost und dgl..
6. Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfü-

gen, Krankengeschichten führen und keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvalleszenten aufnehmen.

7. Der Versicherte leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherte kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
8. Der Versicherte leistet im vertraglichen Umfang für Überführungs- und Bestattungskosten, sofern der Tod einer versicherten Person durch ein Ereignis eintritt, das in die Leistungspflicht dieses Vertrages fällt.

II. Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn und bei Anschlussverträgen vom Beginn des Anschlussvertrages an.
2. Die Wartezeit für Entbindungen beträgt acht, für den nicht unfallbedingten Zahnersatz sechs Monate.

III. Heilbehandlungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

IV. Überführungs-/Bestattungskosten

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht:
 - a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren und für die Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
 - b) für die bei Vertragsabschluss bzw. bei Abschluss des Anschlussvertrages bestehenden und der versicherten Person bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren absehbaren Folgen sowie die für die versicherte Person absehbaren Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Vertragsabschluss behandelt worden sind;
 - c) für Behandlungen von Tuberkulose, Diabetes, Tumoren sowie für Dialysebehandlungen, sofern

- die Erkrankung bzw. die Behandlungsnotwendigkeit bereits bei Versicherungsbeginn bestand;
- d) für Behandlungen und Untersuchungen wegen Schwangerschaft, wenn diese bereits bei Versicherungsbeginn bestand, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, Kernenergie oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - f) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
 - h) für Rehabilitationsmaßnahmen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - i) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - j) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
 - k) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - l) für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - m) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
 - n) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - o) für Immunisierungsmaßnahmen;
 - p) für Hilfsmittel, mit Ausnahme von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - q) für Behandlungen wegen Störungen und Schäden der Fortpflanzungsorgane einschließlich Sterilität, künstlicher Befruchtungen und dazugehörige Vorsorgeuntersuchungen und Folgebehandlungen;
 - r) für Behandlungen von HIV-Infektionen und deren Folgen;
 - s) für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung, Implantate, Aufbissbehelfe und gnathologische Maßnahmen;
 - t) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
 - u) für Organspenden und Folgen.
2. Die ALTE OLDENBURGER ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn
- a) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b) der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die ALTE OLDENBURGER arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.
3. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
4. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so kann der Versicherer die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.
- § 7 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen**
1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
- a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;

- b) den Schaden der ALTE OLDENBURGER unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, anzuzeigen;
 - c) der ALTE OLDENBURGER jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
 - d) im Falle einer stationären Behandlung und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen Kontakt zur ALTE OLDENBURGER aufzunehmen.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der ALTE OLDENBURGER beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
 3. Folgen von Obliegenheitsverletzung

Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die ALTE OLDENBURGER nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die ALTE OLDENBURGER berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers/der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:
 - a) Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
 - b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen;
 - c) eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen;
 - d) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in den Ländern der Europäischen Union, Schweiz und Liechtenstein;
 - e) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes im Heimatland;
 - f) auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über alle während des Aufenthaltes in der Bundesrepublik

Deutschland abgeschlossenen Krankenversicherungen mit Versicherungsschutz für die Bundesrepublik Deutschland.

2. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruches durch die ALTE OLDENBURGER infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
3. Im Rahmen der Leistungsprüfung kann es erforderlich werden, dass die ALTE OLDENBURGER im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ihre Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt und die ALTE OLDENBURGER hierdurch die Höhe und den Umfang der Leistungspflicht nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit zur Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der ALTE OLDENBURGER schuldhaft nicht entbunden werden.
4. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung

nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu

dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 9 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

- Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der ALTE OLDENBURGER gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Die ALTE OLDENBURGER wird auf eine Kostenteilung mit einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung verzichten, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung.
- Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf die ALTE OLDENBURGER im gesetzlichen Umfang über, soweit diese den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber der ALTE OLDENBURGER abzugeben. Die Leistungspflicht des Versicherers ruht bis zur Abgabe einer Abtretungserklärung.

- Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegenüber Behandlern aufgrund überhöhter Honorare gehen auf die ALTE OLDENBURGER im gesetzlichen Umfang über, soweit diese die entsprechenden Rechnungen ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person zur Mithilfe bei der Durchsetzung der Ansprüche verpflichtet. Weiterhin ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, sofern erforderlich, eine Abtretungserklärung gegenüber der ALTE OLDENBURGER abzugeben.

§ 10 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 12 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 13 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

B: Besonderer Teil

Tarif BASIC

I. Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung
 - a) während eines Aufenthaltes in Deutschland bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen
 - nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz;
 - nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz;
 - nach den Abschnitten A, E und O (technische Einrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz;
 - für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.
 - b) während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands, soweit sie – sofern vorhanden – nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, anderenfalls im Rahmen der ortsüblichen Gebühr, berechnet werden.
2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a) ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat, und Behandlung wegen Fehlgeburt;
 - b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen bis zu einem Höchstbetrag von 250,- EUR je Versicherungsjahr;
 - f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - g) Röntgendiagnostik;
 - h) unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j) unaufschiebbare Operationen;
 - k) medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
 - l) Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit.
3. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet des Weiteren unter Berücksichtigung von Nummer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:

 - a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 250,- EUR je Versicherungsjahr mit 100% und darüber hinausgehende Kosten mit 50%, insgesamt jedoch maximal 1.000,- EUR je Versicherungsjahr;
 - b) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50% des Rechnungsbetrages bis zu maximal 1.000,- EUR je Versicherungsjahr.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

II. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt in dem Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz gemäß § 1 Nummer 2 des Allgemeinen Teils dieser Versicherungsbedingungen unterhält, –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist;
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Land, in dem der Verstorbene seinen ständigen Wohnsitz unterhalten hat, entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,- EUR;
3. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000,- EUR.

III. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten, weiter.

Tarif PROF I

I. Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung
 - a) während eines Aufenthaltes in Deutschland bis zu den sogenannten Schwellenwerten der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Als sogenannte Schwellenwerte gelten für Leistungen
 - nach der GOZ der 2,3-fache Gebührensatz;
 - nach der GOÄ nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M (Laborleistungen) der GOÄ der 1,15-fache Gebührensatz;
 - nach den Abschnitten A, E und O (technische Einrichtungen) der 1,8-fache Gebührensatz;
 - für alle anderen Leistungen der GOÄ der 2,3-fache Gebührensatz.

- b) während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands, soweit sie – sofern vorhanden – nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, anderenfalls im Rahmen der ortsüblichen Gebühr, berechnet werden.
2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a) ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat, und Behandlung wegen Fehlgeburt;
 - b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
 - c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen bis zu einem Höchstbetrag von 500,- EUR je Versicherungsjahr;

- f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - g) Röntgendiagnostik;
 - h) unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j) unaufschiebbare Operationen;
 - k) medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
 - l) Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit.
3. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet des Weiteren unter Berücksichtigung von Nummer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:

- a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 750,- EUR je Versicherungsjahr mit 100% und darüber hinausgehende Kosten mit 75%, insgesamt jedoch maximal 2.000,- EUR je Versicherungsjahr;
- b) Zahnersatz einschließlich Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahner-

- satz (Reparaturen) mit 50% des Rechnungsbetrages bis zu maximal 1.500,- EUR je Versicherungsjahr;
- c) Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss, mit 100% des Rechnungsbetrages bis maximal 2.500,- EUR je Versicherungsjahr.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

II. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt in dem Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz gemäß § 1 Nummer 2 des Allgemeinen Teils dieser Versicherungsbedingungen unterhält, –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist;
2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Land, in dem der

Verstorbene seinen ständigen Wohnsitz unterhalten hat, entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,- EUR;

3. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000,- EUR.

III. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten, weiter.

IV. Krankenbesuch

Sofern feststeht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert, organisiert die ALTE OLDENBURGER auf Wunsch der versicherten Person einmalig die Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die entstehenden Kosten des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise (einfache Klasse). Voraussetzung ist jedoch, dass der Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.

Tarif PREMIUM

I. Heilbehandlungskosten

1. Der Versicherer erstattet die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung
 - a) während eines Aufenthaltes in Deutschland im Rahmen der in Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ);
 - b) während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands, soweit sie – sofern vorhanden – nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, anderenfalls im Rahmen der ortsüblichen Gebühr, berechnet werden.
2. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:
 - a) ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung, sofern die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages noch nicht bestanden hat, und Behandlung wegen Fehlgeburt;
 - b) ärztliche Behandlungen, durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen und Behandlungen wegen

- Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche und Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), auch wenn die Schwangerschaft bei Beginn des Versicherungs- bzw. des Verlängerungsvertrages bereits bestanden hat, sofern die Behandlungsnotwendigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststand;
- c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel;
 - d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
 - f) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen;
 - g) Röntgendiagnostik;
 - h) unaufschiebbare stationäre Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung);
 - i) Krankentransporte zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus und bei Erstversorgung nach einem Unfall zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt und zurück;
 - j) unaufschiebbare Operationen;
 - k) medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen;
 - l) Entbindungen, nach Ablauf der Wartezeit.

3. Zahnbehandlungskosten

Der Versicherer erstattet des Weiteren unter Berücksichtigung von Nummer 1 die während der Reise entstandenen Kosten für:

- a) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllung in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,- EUR je Versicherungsjahr mit 100% und darüber hinausgehende Kosten mit 75%, insgesamt jedoch maximal 2.000,- EUR je Versicherungsjahr;
- b) Zahnersatz einschließlich Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von vorhandenem Zahnersatz (Reparaturen) mit 50% des Rechnungsbetrages bis zu maximal 2.000,- EUR je Versicherungsjahr;
- c) Zahnersatz, der aufgrund eines Unfalles erstmals erforderlich ist oder repariert werden muss, mit 100% des Rechnungsbetrages bis maximal 2.500,- EUR je Versicherungsjahr.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

II. Rücktransport, Überführungs-/Bestattungskosten

Der Versicherer erstattet – außer bei einem Aufenthalt in dem Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz gemäß § 1 Nummer 2 des Allgemeinen Teils dieser Versicherungsbedingungen unterhält, –

1. die Mehrkosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland. Medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport liegt vor, wenn im Aufenthaltsland ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist;

2. im Falle des Ablebens einer versicherten Person die durch Überführung des Verstorbenen in das Land, in dem der Verstorbene seinen ständigen Wohnsitz unterhalten hat, entstehenden notwendigen Mehrkosten bis zu 10.000,- EUR;
3. die Kosten für eine Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000,- EUR.

III. Nachhaftung

Erfordert eine Erkrankung über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht die Leistungspflicht im Rahmen dieses Tarifs bis zur

Wiederherstellung der Transportfähigkeit, maximal für die Dauer von drei Monaten, weiter.

IV. Krankenbesuch

Sofern feststeht, dass der Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert, organisiert die ALTE OLDENBURGER auf Wunsch der versicherten Person einmalig die Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die entstehenden Kosten des Beförderungsmittels für die Hin- und Rückreise (einfache Klasse). Voraussetzung ist jedoch, dass der Krankenhausaufenthalt bei Ankunft der nahestehenden Person noch nicht abgeschlossen ist.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter und andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung und/oder an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch

unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler/Untervermittler sowie dessen Vermittlerzentrale weitergeben.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
Moorgärten 12–14

49377 Vechta

**Original für die
ALTE OLDENBURGER**

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekanntgegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenverarbeitenden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf die sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit mög-

lichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen. Diese Einwilligungserklärung ist mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt worden.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. Diese Schweigepflichtentbindung wird bei Bedarf im Einzelfall eingeholt.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir einen Teil der Risiken an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versiche-

rungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Namen und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

5. Datenverarbeitung in den Unternehmen ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. und ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Um Ihnen einen umfassenden Krankenversicherungsschutz bieten zu können, arbeiten der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. und die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG eng zusammen und bedienen sich einer einheitlichen Organisation.

Auch zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit beiden Unternehmen abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von beiden Unternehmen abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Um diese Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesem Zweck von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unsere Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regeln die Unternehmen Ihre Betreuung neu. Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Herrn Markus Kühling, Postanschrift: ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Moorgärten 12–14, 49377 Vechta.

Satzung

I. Name, Sitz, Zweck

§ 1

1. Das Versicherungsunternehmen ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Es ist im Jahre 1927 gegründet und führt den Namen

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Sitz und Gerichtsstand des Unternehmens ist Vechta.

2. Gegenstand des Vereins ist

- a) der direkte und indirekte Betrieb der Krankenversicherung;
- b) das mittelbare und unmittelbare Halten und Verwalten von Beteiligungen an Krankenversicherungsunternehmen.

Der Verein lässt sich bei der Verfolgung seiner Unternehmensgegenstände vom Gegenseitigkeitsgedanken leiten.

3. Das Geschäftsgebiet erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland.
4. Bekanntmachungen, zu denen der Verein nach Gesetz oder Satzung verpflichtet ist, erfolgen im elektronischen Bundesanzeiger.

5. Von Änderungen der Satzung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist jedem betroffenen Mitglied Einzelmitteilung zu machen.

II. Mitgliedschaft

§ 2

1. Die Mitgliedschaft wird durch den Abschluss eines Versicherungsvertrages erworben. Ausnahmsweise können Versicherungsverträge gegen festes Entgelt mit der Bestimmung abgeschlossen werden, dass der Versicherungsnehmer nicht Mitglied wird. Auf solche Versicherungen darf zusammen höchstens ein Zehntel der Gesamtbeitragseinnahme entfallen.
2. Die Mitgliedschaft beginnt und endet mit dem Versicherungsverhältnis; im Falle der Bestandsübertragung gemäß § 14 VAG endet sie mit dem Erlöschen des übertragenen Versicherungsverhältnisses bei der übernehmenden Gesellschaft, soweit nicht noch ein weiteres Versicherungsverhältnis mit dem Verein besteht.

§ 3

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im Voraus zu zahlende Beiträge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Tarifen und Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt sind. Zu Nachschüssen sind die Mitglieder nicht verpflichtet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden.

III. Verwaltung

§ 4

Die Organe des Vereins sind

- a) der Vorstand
- b) der Aufsichtsrat
- c) die Hauptversammlung.

A. Vorstand

§ 5

1. Der Vorstand besteht aus mindestens 2 und höchstens 3 Personen. Er wird vom Aufsichtsrat für höchstens 5 Jahre bestellt. Der Aufsichtsrat bestimmt den Vorsitzenden des Vorstandes und gibt dem Vorstand die Geschäftsordnung.
2. Der Verein wird von 2 Vorstandsmitgliedern gemeinsam oder von einem Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen gerichtlich und außergerichtlich vertreten.
3. Der Vorstand hat nach Maßgabe der Gesetze und der vorliegenden Satzung den Verein unter eigener Verantwortung so zu leiten, wie das Wohl der Versicherten, des Betriebes und seiner Mitarbeiter es erfordert.
4. Der Vorstand bestellt die Prokuristen und Bevollmächtigten.

B. Aufsichtsrat**§ 6**

1. Der Aufsichtsrat besteht aus 6 von der Hauptversammlung gewählten Mitgliedern. Die Mitglieder des Aufsichtsrates werden für die Dauer von 3 Jahren gewählt und bleiben bis zur nächsten ordentlichen Hauptversammlung im Amt. Wiederwahl ist zulässig. Wählbar sind nur Personen, die Vereinsmitglieder sind. Sie dürfen in keinem Beschäftigungs- und Dienstverhältnis zum Unternehmen stehen.

Scheiden eines oder mehrere gewählte Mitglieder vor Ablauf der Amtsdauer aus dem Aufsichtsrat aus, so kann auf der nächsten Hauptversammlung eine Ersatzwahl vorgenommen werden.

2. Die Hauptversammlung kann die Bestellung eines von ihr gewählten Aufsichtsratsmitgliedes mit Dreiviertelmehrheit widerrufen.

Das Amt eines Aufsichtsratsmitgliedes erlischt des Weiteren,

- durch schriftliche Erklärung der Amtsniederlegung gegenüber dem Verein,
- durch Wegfall der Mitgliedschaft,
- durch Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen,

- durch Eintritt eines die Wählbarkeit ausschließenden Umstandes.

§ 7

1. Der Aufsichtsrat gibt sich eine Geschäftsordnung und wählt für die jeweilige Amtsdauer (3 Jahre) aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter. Der Vorsitzende, oder bei dessen Verhinderung sein Stellvertreter, lädt nach Bedarf zu den Sitzungen ein und leitet diese. Jedes Aufsichtsratsmitglied oder der Vorstand kann unter Angabe des Zwecks und der Gründe verlangen, dass der Vorsitzende des Aufsichtsrates unverzüglich den Aufsichtsrat einberuft. Die Sitzung muss binnen 2 Wochen nach der Einberufung stattfinden. Wird dem Verlangen nicht entsprochen, so kann das Aufsichtsratsmitglied oder der Vorstand unter Mitteilung des Sachverhalts und der Angabe einer Tagesordnung selbst den Aufsichtsrat einberufen.
2. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig bei Anwesenheit von mindestens 3 Mitgliedern. Eine schriftliche Abstimmung ist möglich. Beschlüsse werden durch Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende. Für die zur Durchführung der Beschlüsse des Aufsichtsrates erforderlichen rechtsgeschäftlichen Erklärungen genügt die Unterschrift des Vorsitzenden, im Verhinderungsfall die Unterschrift des Stellvertreters.

3. Jedes Aufsichtsratsmitglied erhält für seine Bemühungen eine Aufwandsentschädigung, ein Tagegeld und eine Fahrtkostenentschädigung für jede Sitzungsteilnahme, deren Höhe von der Hauptversammlung festgesetzt wird.

§ 8

1. Der Aufsichtsrat überwacht die Geschäftsführung. Er kann vom Vorstand jederzeit einen Bericht über die Angelegenheiten des Vereins verlangen und die Bücher und Schriften sowie die Vermögensgegenstände einsehen und prüfen. Er kann damit auch einzelne Mitglieder beauftragen. Der Aufsichtsrat prüft den Jahresabschluss und Lagebericht, den Vorschlag für die Verteilung des Überschusses und den Geschäftsbericht und berichtet darüber der Hauptversammlung.
2. Dem Aufsichtsrat obliegt insbesondere:
 - a) Die Bestellung der Mitglieder des Vorstandes und die Regelung ihrer Dienstverhältnisse,
 - b) die Bestimmung eines Abschlussprüfers,
 - c) die Bestellung des Treuhänders und seines Stellvertreters für den Deckungsstock,
 - d) die Zustimmung zum Erwerb, zur Veräußerung oder zur Belastung von Grundeigentum und Vermögensanlagen, die durch ihren Gegenstand, ihren Umfang oder den mit ihnen verbundenen Risiken von besonderer Bedeutung sind,

- e) die Behandlung von Beschwerden der Vereinsmitglieder gegen Entscheidungen des Vorstandes,
- f) die Beschlussfassung über dringliche Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife sowie deren Neueinführung. Solche Neueinführungen und Änderungen sind der nächsten Hauptversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen und außer Kraft zu setzen, wenn diese es verlangt,
- g) die Vornahme von Änderungen der Satzung, der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife, die nur die Fassung betreffen oder die von der Aufsichtsbehörde verlangt werden, sofern die Hauptversammlung den Aufsichtsrat hierzu ermächtigt hat,
- h) die Zustimmung zu Kooperationsverträgen mit anderen Versicherungsunternehmen,
- i) die Zustimmung zur Erteilung von Prokura,
- j) die Zustimmung zu Stimmabgaben des Vorstandes in der Hauptversammlung der ALTE OLDENBURGER Beteiligungsgesellschaft AG.

C. Hauptversammlung

§ 9

1. Die Hauptversammlung ist das oberste Organ des Vereins und vertritt die Gesamtheit der Mitglieder. Sie besteht aus mindestens 15 und höchstens 30 Mitgliedervertretern. Sie beschließt in den in Gesetz und Satzung ausdrücklich bestimmten Fällen.

2. Zum Mitgliedervertreter kann nur ein Mitglied gewählt werden, dass das 68. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und volljährig ist. Mitglieder des Aufsichtsrates und des Vorstandes sowie Angestellte des Vereins können der Hauptversammlung als Mitgliedervertreter nicht angehören.
3. Die Mitgliedervertreter werden von der Hauptversammlung für 4 Jahre gewählt. Ihre Amtszeit beginnt jeweils mit der ersten ordentlichen Hauptversammlung, die der Wahl folgt. Die Amtszeit jeder Hauptversammlung endet mit Beginn der ersten ordentlichen Hauptversammlung nach deren Neuwahl. Wiederwahl der Mitgliedervertreter ist zulässig.
4. Scheidet ein Mitgliedervertreter vorzeitig aus, so kann die nächste ordentliche Hauptversammlung einen Nachfolger für die restliche Amtszeit des ausgeschiedenen Mitgliedervertreters wählen. Sofern die in § 9 Abs. 1 genannte Mindestanzahl an Mitgliedervertretern unterschritten wird, muss auf der nächsten ordentlichen Hauptversammlung eine Nachwahl stattfinden.
5. Wahlvorschläge können von den Organen des Vereins und den Mitgliedern gemacht werden. Die Vorschläge müssen Name, Beruf und Anschrift des Kandidaten enthalten. Wahlvorschläge der Mitglieder sind schriftlich einzureichen und von mindestens 100 Mitgliedern zu

unterzeichnen. Die Vorschläge müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden.

6. Gegen die Wahl einzelner Mitgliedervertreter kann innerhalb einer Frist von einem Monat nach Bekanntmachung des Wahlergebnisses im elektronischen Bundesanzeiger durch einen von mindestens 100 Mitgliedern unterzeichneten Antrag Einspruch erhoben werden. Hinsichtlich derjenigen Mitgliedervertreter, gegen deren Wahl Einspruch erhoben wurde, kann eine Nachwahl entsprechend § 9 Abs. 4 S. 1 erfolgen. Sofern bei einem Einspruch die in § 9 Abs. 1 genannte Mindestzahl an Mitgliedervertretern unterschritten wird, muss eine Nachwahl nach § 9 Abs. 4 S. 2 erfolgen.
7. Das Amt eines Mitgliedervertreters erlischt
 - durch schriftliche Erklärung der Amtsniederlegung gegenüber dem Verein,
 - durch Wegfall der Mitgliedschaft,
 - durch Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen,
 - durch Eintritt eines die Wählbarkeit ausschließenden Umstandes mit Ausnahme der Altersbeschränkung der Ziff. 2 Satz 1,
 - durch Abwahl seitens der Hauptversammlung mit Dreiviertelmehrheit der anwesenden Mitgliedervertreter.

§ 10

1. Ordentliche Hauptversammlungen finden alljährlich innerhalb der ersten 8 Monate des Geschäftsjahres statt. Sie sind mindestens einen Monat vorher unter Mitteilung des Versammlungsortes, der Versammlungszeit und der mit Vorschlägen verbundenen Tagesordnung vom Vorstand zur Entgegennahme des Jahresabschlusses, zur Entlastung des Aufsichtsrates und des Vorstandes sowie zur Beschlussfassung über die Verwendung eines Bilanzüberschusses einzuberufen. Außerordentliche Hauptversammlungen müssen auch auf Verlangen des Aufsichtsrates oder auf begründeten schriftlichen Antrag von mindestens 20 % der Mitgliedervertreter unter Einhaltung der Formvorschriften in Satz 2 einberufen werden.
 2. Rechte, die das Gesetz einer Minderheit von Mitgliedervertretern einräumt, stehen einer Minderheit von 5 Mitgliedervertretern zu. Anträge zur Beschlussfassung durch die Hauptversammlung, die von mindestens 100 Mitgliedern unterzeichnet sind, sind auf die Tagesordnung zu setzen, wenn sie bei unverzüglicher Bekanntmachung noch innerhalb von 10 Tagen nach Einberufung der Hauptversammlung bekannt gemacht werden können. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Hauptversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher, sofern er nicht zugleich Mitgliedervertreter ist, nicht teil.
 3. Den Vorsitz der Hauptversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates, bei dessen Verhinderung sein Stellvertreter.
 4. Die Hauptversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens 50 % der Mitgliedervertreter anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit wird innerhalb von 6 Wochen eine zweite Hauptversammlung abgehalten, die ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitgliedervertreter beschlussfähig ist. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmgleichheit ist der Antrag abgelehnt. Änderungen der Satzung und Änderungen des Zwecks des Vereins, sowie Übertragung auf ein anderes Versicherungsunternehmen und Auflösung des Vereins bedürfen der Zustimmung von 3/4 der in der Hauptversammlung erschienenen Mitgliedervertreter.
 5. Die Verhandlungsniederschrift muss ein Verzeichnis der erschienenen Mitgliedervertreter, der erschienenen Vorstands- und Aufsichtsratsmitglieder sowie das Stimmenverhältnis bei den Abstimmungen und den Wortlaut der gefassten Beschlüsse enthalten. Die Verhandlungsniederschrift ist vom Vorsitz, bei dessen Verhinderung von seinem Stellvertreter, und einem Mitgliedervertreter zu unterzeichnen und von einem Notar zu beurkunden.
- a) die Entgegennahme des Geschäftsberichtes, des Jahresabschlusses, des Lageberichtes und des Prüfungsberichtes,
 - b) die Feststellung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes, sofern Vorstand und Aufsichtsrat sich für die Feststellung durch die Hauptversammlung entschieden haben oder der Aufsichtsrat den Jahresabschluss nicht billigt,
 - c) die Beschlussfassung über die Verwendung des rechnungsmäßigen Überschusses nach Maßgabe von Gesetz und Satzung,
 - d) die Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
 - e) die Durchführung der Wahlen zum Aufsichtsrat und die Beschlussfassung über Widerruf der Bestellung von Mitgliedern des Aufsichtsrates,
 - f) die Beschlussfassung über Änderung der Satzung, der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife für die Versicherung der Mitglieder,
 - g) die Beschlussfassung über Angelegenheiten, in denen der Vorstand eine Entscheidung der Hauptversammlung verlangt,
 - h) die Beschlussfassung über die Auflösung des Vereins und seinen Übergang auf ein anderes Versicherungsunternehmen,
 - i) die Festsetzung der Vergütung für die Mitglieder des Aufsichtsrates sowie der Vergütung für die Mitgliedervertreter der Hauptversammlung.

§ 11

Der Hauptversammlung obliegt insbesondere:

IV. Rechnungswesen

§ 12

1. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
2. Der Vorstand hat in den ersten 3 Monaten des Geschäftsjahres für das vergangene Geschäftsjahr den Jahresabschluss sowie den Geschäftsbericht aufzustellen und dem Abschlussprüfer vorzulegen. Diese sind nach Prüfung durch den Abschlussprüfer mit einem Vorschlag für die Verteilung des Überschusses unverzüglich dem Aufsichtsrat vorzulegen.
3. Die ordentliche Hauptversammlung beschließt alljährlich nach Entgegennahme des vom Aufsichtsrat zu erstattenden Berichtes innerhalb von 8 Monaten des Geschäftsjahres über die Entlastung des Vorstandes, des Aufsichtsrates, über die Verteilung des Überschusses und in den im Gesetz vorgesehenen Fällen über die Feststellung des Jahresabschlusses.

§ 13

1. Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.
2. Der Verein bildet die Rückstellungen, wie sie nach den gesetzlichen Bestimmungen, den Anordnungen der

Aufsichtsbehörde und den Technischen Berechnungsgrundlagen erforderlich sind.

3. Soweit die Technischen Berechnungsgrundlagen vorsehen, dass Rückstellungen für das mit dem Alter der Versicherten wachsende Krankheitswagnis zu bilden sind, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Vereins wegen des Älterwerdens der versicherten Personen für die Zukunft ausgeschlossen.

§ 14

1. Von dem Überschuss eines Geschäftsjahres sind mindestens 5 % der Verlustrücklage zuzuführen, bis diese 50 % der Jahresausgaben nach dem Durchschnitt der letzten 3 Jahre erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat.
2. Schließt das Geschäftsjahr mit Verlust ab, so ist der Fehlbetrag aus der Verlustrücklage zu decken oder mit Zustimmung der Hauptversammlung auf das nächste Geschäftsjahr vorzutragen. Beläuft sich der Fehlbetrag auf mehr als die Hälfte der gesetzlichen Rücklage, so sind im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde geeignete Maßnahmen zu treffen.

§ 15

1. Über die Zuführung zu anderen Gewinnrücklagen beschließt die Hauptversammlung. Hierzu hat der Vor-

stand mit Billigung des Aufsichtsrates einen Vorschlag vorzulegen, wobei für das Verhältnis der Zuführungen zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung und zu den Rücklagen die gesetzlichen Regelungen und die entsprechenden Rechtsverordnungen zu beachten sind.

2. Der verbleibende Überschuss ist in voller Höhe der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuweisen.
3. Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt der Vorstand unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, Anordnungen der Aufsichtsbehörde und Technischen Berechnungsgrundlagen. Als Verwendungsformen können u.a. gewählt werden: Auszahlung, Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Anwartschaft auf Beitragssenkung, Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen. In Ausnahmefällen können im Interesse der Versicherten mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. zur Verlustabdeckung) entnommen werden.

V. Satzungsänderungen

§ 16

1. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, soweit die Bestimmungen über Leistungen des Versicherungsnehmers und des Versicherers, Obliegenheiten im Versicherungsfall, Willenserklärungen und Anzeigen, Mehrfachversicherung, Ansprüche gegen Dritte, Abtretung, Aufrechnung und Verpfändung betreffen, können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden
 - a) bei einer nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
 - c) bei Änderung von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
 - d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungs-

schutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

2. Die neuen Bedingungen sollen den Ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
3. Änderungen der Satzung, die nicht das Versicherungsverhältnis berühren, sind nach vereinsrechtlichen Grundsätzen für alle Mitglieder wirksam.
4. Änderungen der Satzung sind nach Eintragung in das Handelsregister bei vorheriger Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders unverzüglich gemäß § 1 Nr. 5 bekanntzumachen.

Änderungen der Satzung treten mit der Eintragung in das Handelsregister in Kraft, sofern nicht mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird; Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 17

1. Im Falle der Auflösung, einer Vermögensübertragung oder eines Formwechsels des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit erfolgt die Verteilung des Liquidationserlöses, der Gegenleistung oder der erhaltenen Aktien an die Mitglieder im Verhältnis ihrer Jahresprämie und Mitgliedsdauer, wobei für Mitglieder, deren Versicherungsverträge im Jahr 2007 auf die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG übertragen wurden und die zum Zeitpunkt des Auflösungs-, Vermögensübertragungs- oder Formwechselbeschlusses noch immer Mitglieder des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit auf Grund des in 2007 übertragenen Versicherungsvertrages sind, die Prämien maßgeblich sind, die zum Zeitpunkt des Auflösungs-, Vermögensübertragungs- oder Formwechselbeschlusses auf Grund des in 2007 übertragenen Vertragsverhältnisses bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG fällig sind.
2. Für den Fall, dass der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit seine Aktien an der ALTE OLDENBURGER Beteiligungsgesellschaft AG ganz oder teilweise an einen Dritten veräußert, ist der Überschuss je Mitglied nach Abs. 1 zu ermitteln, wobei an die Stelle des Zeit-

punkts des Auflösungsbeschlusses der Zeitpunkt der Veräußerung tritt. Der anteilige Überschuss, der auf die Mitglieder entfällt, deren Versicherungsprämien bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gem. Abs. 1 in die Berechnung einbezogen wurden, ist unter Abzug einer eventuellen hieraus resultierenden Steuerlast an die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG abzuführen, mit der Maßgabe, diese Beträge der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuführen, um zeitnah mit dem zugeführten Betrag die Versicherungsverhältnisse derjenigen Mitglieder aufzuwerten, deren Versiche-

rungsverträge in 2007 übertragen wurden und deren Versicherungsverhältnisse bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG noch bestehen.

3. Für den Fall, dass die Beteiligungen, die die ALTE OLDENBURGER Beteiligungsgesellschaft AG an der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und an der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG hält, ganz oder zum Teil veräußert oder liquidiert werden, ist sicherzustellen, dass der Veräußerungs- oder Liquidationserlös, soweit er auf den ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit entfällt,

an diesen ausgekehrt wird. Mit dem entsprechenden Überschuss ist entsprechend Abs. 2 zu verfahren.

4. Abs. 3 gilt auch für den Fall, dass die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und/oder die Provinzial Krankenversicherung Hannover AG mit einem anderen Unternehmen verschmolzen oder gespalten werden hinsichtlich der dann die Beteiligung an der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG oder der Provinzial Krankenversicherung Hannover AG substituierenden Anteile.

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

Moorgärten 12 - 14 | 49377 Vechta
Postfach 13 63 | 49362 Vechta

Telefon: 0 44 41 / 905 - 0

Telefax: 0 44 41 / 905 - 470

E-Mail: info@alte-oldenburger.de

Internet: www.alte-oldenburger.de

Vorstand Georg Hake (Vorsitzender), Dr. Ulrich Knemeyer

Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a.D., Oldenburg (Vorsitzender)

Amtsgericht Oldenburg HRB 110012