

Auslandsreisekrankenversicherung Tarif ARK-F

ARK-F

Der private Krankenschutz auf Urlaubs- und Geschäftsreisen für die ganze Familie
Mit automatischer Verlängerung | Jahresbeitrag: ab 20,- EUR pro Familie

Auch mit Notruf-Service!

Notrufnummer (Deutschland): +49 (0)89 /455 60 - 355

Gültig bis zum 31.12.2011

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

Ein Reisebegleiter für Ihre persönliche Sicherheit.

Der Auslandskrankenschutz des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V. V. a. G. (AO) Tarif ARK-F für die ganze Familie ab 20,- EUR pro Jahr mit automatischer Verlängerung ...

... **schützt Sie** vor unvorhergesehenen Krankheitskosten im Ausland. Denn oft werden Reisende im Ausland als Privatpatienten behandelt und müssen mit erheblichen Kosten rechnen. Der **gesetzliche** oder **private Krankenversicherungsschutz** deckt in der Regel nicht alle Risiken ab, die beim Auslandsaufenthalt auftreten können.

... **bietet Sicherheit** während des ganzen Jahres, bei jeder Auslandsreise – ob geschäftlich oder privat – bis zu 6 Wochen Dauer.

... **garantiert Versicherungsschutz** bei Behandlung als Privatpatient für die Kosten

- der ärztlichen Leistungen
- des Krankenhausaufenthaltes
- der Operation
- der Arznei-, Verband- und Heilmittel
- einer schmerzstillenden Zahnbehandlung.

... **übernimmt bei Einschaltung** der Notrufzentrale zu 100% die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland – auch mit dem Flugzeug.

... **gilt weltweit:** Tarif ARK-F schützt Sie und Ihre Familie überall im Ausland – also in den Ländern, in denen Sie keinen ständigen Wohnsitz unterhalten. Als Familienangehörige gelten der Ehepartner oder der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer

wohnende Lebenspartner und deren Kinder (auch Stief- und Adoptivkinder) bis 18 Jahre.

Wir empfehlen Ihnen bei Geburt und/oder Adoption eines weiteren Kindes uns dies mitzuteilen, damit wir Ihre Vertragsdaten entsprechend aktualisieren können.

... **brauchen Sie** nur einmal abzuschließen. Danach läuft der Versicherungsvertrag automatisch weiter. Sie brauchen sich um keine Formalitäten mehr zu kümmern.

Und darüber hinaus sichern Sie sich folgende Leistungen:

- Den **ALTE OLDENBURGER-Notruf-Service** bei Fragen rund ums Gesundwerden, zum Beispiel Vermittlung von Ärzten und Spezialkliniken, Abgabe von Zahlungsgarantien

02

bei einem stationären Krankenhausaufenthalt oder Organisation und Durchführung eines Krankenrücktransportes – an jedem Ort der Welt und zu jeder Uhrzeit.

- Wahl zwischen Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und **Krankenhaustagegeld von 25,- EUR** bei stationärer Heilbehandlung im Ausland.

· **Krankenrücktransport**

Mehrkosten für einen Krankenrücktransport auch ohne Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit, wenn nach dem ärztlichen Befund eine stationäre Heilbehandlung länger als 14 Tage dauern würde.

- Mehrkosten für den Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson bei medizinisch notwendigem Krankenrücktransport.

· **Transportkosten**

Erstattung der Transportkosten für notwendige Blutkonserven sowie lebensnotwendige Medikamente, die gestohlen wurden oder verdorben sind.

· **Hilfsmittel**

Kostenersatz für Hilfsmittel bei unfallbedingten Erkrankungen.

· **Zahnersatz**

Erstattung für Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz sowie unfallbedingten, provisorischen Zahnersatz zu 50% des Rechnungsbeitrages, maximal insgesamt 250,- EUR.

· **Telefonkosten**

Pauschale Erstattung von Telefonkosten in Höhe von jeweils 10,- EUR, wenn wir oder der Notruf-Service im Falle einer stationären Behandlung bzw. eines Rücktransportes angerufen werden.

Jetzt günstig abschließen

Mit dem eingelebten Versicherungsantrag oder einfach online unter www.alte-oldenburger.de schließen Sie den Tarif ARK-F nur einmal ab. Danach läuft der Versicherungsvertrag ohne zusätzliche Formalitäten automatisch weiter.

Für Personen

- bis 59 Jahre beträgt der Beitrag 20,- EUR pro Jahr,

03

- von 60 bis 69 Jahre 40,- EUR pro Jahr und
- ab 70 Jahre 80,- EUR pro Jahr.

Maßgeblich ist das Alter des ältesten Familienmitgliedes.

Sie erhalten **keine gesonderte Bestätigung. Die Durchschrift des Formulars ist Ihr Versicherungsschein.** Bewahren Sie ihn sorgfältig auf. Die Versicherungsscheinnummer entnehmen Sie bitte nach erfolgtem Beitragsabruf Ihrem Kontoauszug und tragen sie im Versicherungsschein ein.

**24-Stunden-Notruf-Service:
Deutschland/89/45560-355**

Sie erreichen uns telefonisch unter 04441/905-0 oder per Telefax unter 04441/905-470.

Den beigehefteten Versicherungsantrag können Sie für Abschlüsse bis zum **31.12.2011** benutzen. Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an den ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G., Postfach 1363, 49362 Vechta.

Wichtig: Die Beiträge werden im Lastschriftverfahren von Ihrem Girokonto abgebucht. Andere Zahlungsarten sind bei Tarif ARK-F nicht möglich. Die Abrufermächtigung gilt als Beitragszahlung, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann.

Einzelheiten über Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den in diesem Prospekt abgedruckten Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich den Tarifleistungen für Tarif ARK-F und dem Aus-

zug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihrer Adresse oder Bankverbindung rechtzeitig mit. Postkarte mit Angabe der Versicherungsnummer genügt.

Wenn bereits Versicherungsschutz bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG besteht...

tragen Sie bitte die Versicherungsnummer(n) in den beigehefteten Antrag ein. Die Krankenversicherungsbeiträge können dann zusammen entrichtet werden.

Der Beitrag beträgt in diesen Fällen monatlich **1,67 EUR**, nach Vollendung des **60.** Lebensjahres **3,33 EUR**, nach Vollendung des **70.** Lebensjahres **6,67 EUR**.

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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen dieser Broschüre. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Es handelt sich um eine private Auslandsreisekrankenversicherung.

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

Bei Auslandsaufenthalt auf Urlaubs- und Geschäftsreisen bis zu 6 Wochen besteht für im Ausland eintretende Krankheiten Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung sowie den Rücktransport nach Hause.

Neben dem Versicherungsnehmer sind auch dessen Familienangehörige versichert, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt und die mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Familienangehörige gelten dabei der Ehepartner oder der Lebenspartner sowie minderjährige Kinder (auch Stief- und Adoptivkinder).

Die genaue Tarifbeschreibung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden. Weitere Ausführungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Der Beitrag ist ein **Jahresbeitrag** und richtet sich nach dem Alter des ältesten versicherten Familienmitgliedes bei Versicherungsbeginn.

Er beträgt pro versicherte Familie und Versicherungsjahr:

Alter	Jahresbeitrag pro versicherter Familie
0 – 59	20,- EUR
60 – 69	40,- EUR
ab 70	80,- EUR

Sobald das älteste versicherte Familienmitglied das 60. bzw. 70. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Versicherungsjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet und ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Die Beiträge werden im Lastschriftverfahren abgebucht. Andere Zahlungsarten sind nicht möglich. Die Abrufermächtigung gilt als Beitragszahlung, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann.

Kann der Erstbeitrag – aus Gründen, die Sie zu vertreten haben – von uns nicht eingezogen werden, kommt der Versicherungsvertrag nicht zustande.

Wenn Sie den Folgebeitrag nicht oder verspätet zahlen, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.

Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Punkt 5 „Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?“ sowie Punkt 10 „Beitragszahlung“.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Keine Leistungspflicht besteht **beispielsweise** für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren, sowie Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt fest-

stand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Punkt 13 „Wann zahlen wir nicht?“.

5. und 6.

Welche Pflichten haben Sie bei Vertragschluss und während der Vertragslaufzeit? Welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Versichern können sich Personen, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt und die nur vorübergehend ins Ausland reisen.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf unser Verlangen nachzuweisen. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt ein Versicherungsvertrag trotz Beitragszahlung nicht zustande.

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

Bei Eintritt des Versicherungsfalls haben Sie **unter anderem** den Anspruch auf Versicherungsleistungen innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung der Behandlung geltend zu machen sowie alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich sind. Ferner hat die versicherte Person für die Minderung des Schadens zu sorgen. Die weiteren nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllenden Pflichten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Punkt 17 „Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalls beachten?“.

Die Nichtbeachtung von Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Weitere Ausführungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter Punkt 17 „Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalls beachten?“ sowie § 28 VVG.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Den von Ihnen gewünschten Versicherungs**beginn** entnehmen Sie bitte dem Antrag/Versicherungsschein. Als Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall solange, bis sie wieder transportfähig ist.

Weitere Einzelheiten zum Beginn und Ende des Versicherungsschutzes können

Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Punkten 7 „Wann beginnt der Versicherungsschutz?“ und 8 „Wann endet der Versicherungsschutz?“ entnehmen.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Der Versicherungsvertrag gilt vom vereinbarten Versicherungsbeginn an für die Dauer eines Jahres. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt und endet nach 12 Monaten.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch Sie oder durch uns zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

INFORMATIONEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

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.
Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta
Telefon: 0 44 41 / 905 – 0
Fax: 0 44 41 / 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., Theodor-Heuss-Str. 96, 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

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen. Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung können Sie den Vertragsunterlagen u. a. unter den Punkten 12–14 (siehe Seite 15–19 dieser Broschüre) entnehmen. Die Fälligkeit der Leistung richtet sich nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Seite 19 dieser Broschüre).

INFORMATIONEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

Anwendbares Recht

Der beantragte Versicherungsvertrag unterliegt dem Deutschen Recht, insbesondere dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB).

Gesamtpreis

Angaben zum Gesamtpreis entnehmen Sie bitte Punkt 3 des Produktinformationsblattes (siehe Seite 5f. dieser Broschüre).

Zusätzliche Kosten

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

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet und ist zu Beginn eines jeden

Versicherungsjahres fällig. Die Beiträge werden im Lastschriftverfahren abgebucht. Andere Zahlungsarten sind nicht möglich. Die Abrufermächtigung gilt als Beitragszahlung, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann. Kann der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag von uns nicht eingezogen werden, führt dies unter den Voraussetzungen der §§ 37, 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes. Wenn bereits Versicherungsschutz bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG besteht, wird der Beitrag zusammen mit der bereits bestehenden Krankenversicherung entrichtet. In diesem Fall ist auch eine monatliche Zahlungsweise möglich. Die genaue Höhe der monatlichen Beiträge entnehmen Sie bitte der Seite 4 dieser Broschüre.

Gültigkeit der Informationen

Die Verwendbarkeitsdauer insbesondere hinsichtlich der Höhe des Beitrages ist bis zum **31.12.2011** befristet.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsantrag inkl. Einzugsermächtigung muss uns vor der Ausreise aus Deutschland ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben zugehen. Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt dann durch die Zahlung des Beitrages im Lastschriftverfahren. Die Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragsabruf gilt als Zahlung des Beitrages, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann.

Beginn des Versicherungsschutzes

Angaben zum Beginn des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte Punkt 8 des

10

INFORMATIONEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

Produktinformationsblattes (siehe Seite 7f. 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., Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta/Post-

fach 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 $\frac{1}{360}$ des im Versicherungsschein ausgewiesenen Jahresbeitrages bzw. $\frac{1}{30}$ des Monatsbeitrages bei monatlicher Zahlungsweise. Die Erstattung

zurückzuzahlender 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 Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 12 Monaten geschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

11

Beendigung des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kann zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt werden.

Anwendbares Recht/Zuständiges Gericht

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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.

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz anhängig gemacht werden.

Vertragsprache

Sprache der Vertragsbedingungen, der Vorabinformationen sowie der Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der zur Prüfung der Leistungspflicht eingereichten Belege in die deutsche Sprache verlangen.

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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung, Tarif ARK-F

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer, im Folgenden erhalten Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif ARK-F des ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

1. Wer kann sich versichern?

- Versichern können sich Personen,
- deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt und
 - die nur vorübergehend ins Ausland reisen.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf unser Verlangen nachzuweisen. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt ein Versicherungsvertrag trotz Beitragszahlung nicht zustande.

Neben dem Versicherungsnehmer sind auch dessen Familienangehörige versichert, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt und die mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Familienangehörige gelten dabei der Ehepartner oder der Lebenspartner sowie die minderjährigen Kinder (auch Stief- und Adoptivkinder).

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Auslandsreisen für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Wir ersetzen bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (siehe Nrn. 11 und 13) dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (z. B. Krankenrücktransport, siehe Nr. 12.4).

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

3. Für welche Auslandsreisen gilt der Versicherungsschutz?

Die Versicherung gilt für alle Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen werden und einen Zeitraum von 6 Wochen nicht übersteigen (siehe Nr. 8).

Für Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

4. Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Benutzen Sie – abgesehen von Onlineabschlüssen – ausschließlich das für den Abschluss vorgesehene Formular (einschließlich der Einzugsermächtigung); dieses muss uns vor Ausreise aus Deutschland ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben zugehen; der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt dann durch die Zahlung des Beitrages im Lastschriftverfahren (siehe Nr. 10 b)).

Die Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragsabruf gilt als Zahlung des Beitrages, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann. Dem steht gleich, wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die Sie nicht zu vertreten haben.

6. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag gilt vom vereinbarten Versicherungsbeginn an für die Dauer eines Jahres. Als

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt und endet nach 12 Monaten.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch Sie oder durch uns zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird.

7. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem Versicherungsbeginn (siehe Nr. 6),
- jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe Nr. 5) und
- nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes.

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

8. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des

Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsvertrages.

Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes nach Abs. 1 zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis sie wieder transportfähig ist.

9. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und richtet sich nach dem Alter des ältesten versicherten Familienmitgliedes bei Versicherungsbeginn. Er beträgt pro versicherte Familie und Versicherungsjahr:

Alter	Beitrag
0 – 59	20,- EUR
60 – 69	40,- EUR
ab 70	80,- EUR

Sobald das älteste versicherte Familienmitglied das 60. bzw. 70. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Versicherungsjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

10. Beitragszahlung

- a) Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.
- b) Die Beitragszahlung erfolgt ausschließlich im Wege des Beitragsabrufs durch uns.
- c) Kann der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag von uns nicht eingezogen werden, führt dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie 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.

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

11. Was ist ein Versicherungsfall?

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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod einer versicherten Person.

12. Unsere Tarifleistungen

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen:

12.1 Ambulante Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für:

- a) **ärztliche Leistungen,**
 - b) **Arznei- und Verbandmittel,**
 - c) **Hilfsmittel,**
die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles erforderlich werden,
 - d) **Heilmittel,**
das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie Wärmebehandlung, Elektrotherapie), wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden,
 - e) **Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus**
durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall
- ersetzen wir zu 100%.**

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten frei.

Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von diesen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

12.2 Stationäre Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für:

- a) **ärztliche Leistungen,**
- b) **Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung,**
- c) **einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste**

ersetzen wir zu 100%.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Die Einschaltung des Notrufservices ist unverzüglich vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich

(weitere Informationen erhalten Sie unter Nr. 14; zur Erstattung der Telefonkosten siehe auch Nr. 12.4 e)).

12.3 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für:

schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung mit plastischem Material

ersetzen wir zu 100%.

Außerdem ersetzen wir die folgenden Aufwendungen für:

- a) **provisorische Zahnkronen und für provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz infolge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles sowie**

- b) **Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz**

zu 50% des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 250,- EUR.

Bitte beachten Sie: Alle sonstigen zahnmedizinischen Leistungen sowie die dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien stehen nicht unter Versicherungsschutz.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten oder Zahnärzten frei.

12.4 Sonstige Leistungen

a) Rückführung

Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland erstatten wir die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehen – wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden (siehe auch Nr. 15). Ebenfalls erstatten wir die Mehrkosten für den Rücktransport einer im Rahmen des Tarifs ARK-F versicherten Begleitperson.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen ersetzen wir zu 100%, wenn vor Durchführung des Rücktransportes bei uns bzw. bei unserem Notrufservice eine Leistungszusage (siehe Nr. 12.4 e) und Nr. 14) eingeholt wird. Sofern vor

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Durchführung des Rücktransportes keine Leistungszusage eingeholt wird, ersetzen wir die nachgewiesenen Mehrkosten des Rücktransportes zu 80%.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit erstatten wir die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif ARK-F unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

b) Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstatten wir die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000,- EUR.

c) Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland können Sie zwischen Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und einem Krankenhaustagegeld von 25,- EUR pro Tag des Krankenhausaufenthaltes wählen.

d) Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln

Fehlen zur Heilbehandlung Blutkonserven oder sind lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden

bzw. verdorben, so erstatten wir die Kosten ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestellen) bis zur versicherten Person zu 100%.

e) Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme mit uns bzw. mit unserem Notrufservice entstehen, werden insgesamt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10,- EUR erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären Heilbehandlung nach Nr. 12.2 bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach Nr. 12.4 a) anfallen.

13. Wann zahlen wir nicht?

Keine Leistungen erhalten Sie für:

- a) Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b) Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- c) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch

vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.

- d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e) psychische, psychogene und psychosomatische Krankheiten;
- f) Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Antritt der Reise bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbettkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich

Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz;

- g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- h) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- i) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Haben Sie bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuches gelten entsprechend.

14. Was tun im Schadenfall?

- Bei Eintritt des Versicherungsfalles sollten Sie bzw. die versicherte Person unseren **Notrufservice (unter der Telefonnummer Deutschland / 89 / 455 60 - 355)** zur Beratung und Unterstützung einschalten. Erforderlich ist dies insbesondere vor einem zu erwartenden stationären Aufenthalt (siehe Nr. 12.2), damit wir Ihnen z. B. ein geeignetes Krankenhaus suchen können und Sie nicht in Vorleistung der Krankenhauskosten treten müssen. Bei Rückführung aus dem Ausland muss der Notrufservice zur Vermeidung von Leistungseinschränkungen (siehe Nr. 12.4 a)) in jedem Fall eingeschaltet werden.
- Bitte senden Sie im Schadenfall Ihre Belege an den ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G..

- Reichen Sie immer Originalunterlagen ein; nur gegen Vorlage der Originale sind wir zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus müssen die von uns geforderten und für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sein.

- Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, so genügen Zweitschriften der Belege mit dessen Original-Erstattungsvermerk.

- Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.

- Die Belege und Nachweise werden unser Eigentum.

- Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungervertragsgesetz (VVG).

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

15. Was müssen die Belege enthalten?

Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose) sowie

- die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten.

Weiterhin ist zu beachten:

- Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.

- Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.

- Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach Nr. 12.3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten oder provisorisch ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen tragen.

16. Belege in fremden Sprachen

Wir können eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen.

17. Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten?

- a) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung der Behandlung geltend zu machen.

- b) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe Punkt 14) haben auf

unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.

- c) Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
- d) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- e) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Bitte halten Sie sich an die oben aufgeführten Vorgaben. Wir sind ansonsten mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten (siehe Punkt a)-e)) verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung

des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

18. Belege in ausländischer Währung

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

19. Kosten für Überweisungen

Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.

20. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- a) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- b) Sie oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
- c) Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen a) und b) genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- d) Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze a) bis c) entsprechend anzuwenden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versiche-

rungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

21. Aufrechnung

Sie können gegen Forderungen unsererseits nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

22. Willenserklärungen und Anzeigen

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

23. Gerichtsstand

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.

DATENSCHUTZEINWILLIGUNG

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/Untervermittler sowie dessen Ver-

mittlerzentrale 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.



Versicherungsantrag Tarif ARK-F	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vor- und Zuname des Antragstellers
Beruf	
Straße/Hausnummer	
PLZ	Wohnort
Telefon-Nr.	E-Mail

Ich beantrage hiermit für folgende Personen den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs ARK-F.

Vorname, auch Antragsteller (Zuname, falls abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht		Geburtsdatum
	M <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	
	M <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	
	M <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	

Jahresbeitrag: Bis 59 Jahre 20,- EUR,
60 bis 69 Jahre 40,- EUR, ab 70 Jahre 80,- EUR
(maßgeblich ist das Alter des ältesten Familienmitgliedes)

Jahresbeitrag

Versicherungsbeginn

Tag	Monat	Jahr
01		

Vermittler-Nr.

Versicherungsscheinnr.

(gültig für Versicherungsabschlüsse bis zum 31.12.2011)

Bitte entnehmen Sie Ihre komplette Versicherungsscheinnummer der Mitteilung in Ihrem Kontoauszug.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Seiten 13 – 21) anzuerkennen und die auf der vorhergehenden Seite abgedruckte Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Kenntnis genommen zu haben. Sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers
Unterschrift/en der zu versichernden Person/en ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzlicher Vertreter		

Ist eine der o. a. Personen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG versichert, bitte die entsprechende(n) Versicherungsnummer(n) angeben:

--

Ich bin damit einverstanden, dass der Gesamtbeitrag jeweils bei Fälligkeit von meinem Konto abgerufen wird.

Ich bin auch damit einverstanden, dass der Gesamtbeitrag in monatlichen Beitragsraten abgerufen wird, wenn und solange die Versicherung nach Tarif ARK-F zusammen mit anderen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG bestehenden Versicherungen geführt wird. Auf dieses Konto sollen auch die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Bankleitzahl	Kontonummer	Unterschrift des Kontoinhabers, falls abweichend von Antragsteller
Name des Geldinstitutes		
Postleitzahl	Bankort	
Kontoinhaber (falls abweichend von Antragsteller/in – Versicherungsnehmer/in)		

Theodor-Heuss-Str. 96 | 49377 Vechta | Telefon 04441/905-0 | info@alte-oldenburger.de | www.alte-oldenburger.de
Amtsgericht Oldenburg HRB 110012 Vorstand Georg Hake (Vorsitzender) | Dr. Ulrich Knemeyer
Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a.D., Oldenburg (Vorsitzender)

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
Theodor-Heuss-Str. 96

49377 Vechta

Original für die
ALTE OLDENBURGER



Versicherungsantrag Tarif ARK-F

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vor- und Zuname des Antragstellers	
Beruf		
Straße/Hausnummer		
PLZ	Wohnort	
Telefon-Nr.	E-Mail	

Ich beantrage hiermit für folgende Personen den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs ARK-F.

Vorname, auch Antragsteller (Zuname, falls abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht		Geburtsdatum
	M <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	
	M <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	
	M <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>	

Jahresbeitrag: Bis 59 Jahre 20,- EUR,
60 bis 69 Jahre 40,- EUR, ab 70 Jahre 80,- EUR
(maßgeblich ist das Alter des ältesten Familienmitgliedes)

Jahresbeitrag

Versicherungsbeginn

Tag	Monat	Jahr
01		

Vermittler-Nr.

Versicherungsschein

(gültig für Versicherungsabschlüsse bis zum 31.12.2011)

Versicherungsscheinnr.

Bitte entnehmen Sie Ihre komplette Versicherungsscheinnummer der Mitteilung in Ihrem Kontoauszug.

Hake Knemeyer
Hake Dr. Knemeyer

24-Stunden-Notruf-Service: Deutschland/89/4 55 60-3 55

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Seiten 13 – 21) anzuerkennen und die auf der vorhergehenden Seite abgedruckte Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Kenntnis genommen zu haben. Sie werden wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers
Unterschrift/en der zu versichernden Person/en ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzlicher Vertreter		

Ist eine der o. a. Personen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG versichert, bitte die entsprechende(n) Versicherungsnummer(n) angeben:

Ich bin damit einverstanden, dass der Gesamtbeitrag jeweils bei Fälligkeit von meinem Konto abgerufen wird.

Ich bin auch damit einverstanden, dass der Gesamtbeitrag in monatlichen Beitragsraten abgerufen wird, wenn und solange die Versicherung nach Tarif ARK-F zusammen mit anderen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG bestehenden Versicherungen geführt wird. Auf dieses Konto sollen auch die Versicherungsleistungen überwiesen werden.

Bankleitzahl	Kontonummer	Unterschrift des Kontoinhabers, falls abweichend von Antragsteller
Name des Geldinstitutes		
Postleitzahl	Bankort	
Kontoinhaber (falls abweichend von Antragsteller/in – Versicherungsnehmer/in)		

Theodor-Heuss-Str. 96 | 49377 Vechta | Telefon 04441/905-0 | info@alte-oldenburger.de | www.alte-oldenburger.de
Amtsgericht Oldenburg HRB 110012 **Vorstand** Georg Hake (Vorsitzender) | Dr. Ulrich Knemeyer
Aufsichtsrat Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a.D., Oldenburg (Vorsitzender)

Kopie für den Kunden

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 und 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 möglichen 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 Versicherungsmisbrauch 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 Versicherungsmisbrauch 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 Hinweis-

systeme. 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., Theodor-Heuss-Str. 96, 49377 Vechta.

Satzung

I. Name, Sitz, Zweck

§ 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.

- Gegenstand des Vereins ist

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

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

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

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

II. Mitgliedschaft

§ 2

- 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.
- 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

- der Vorstand
- der Aufsichtsrat
- die Hauptversammlung.

A. Vorstand

§ 5

- 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.
- Der Verein wird von 2 Vorstandsmitgliedern gemeinsam oder von einem Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen gerichtlich und außergerichtlich vertreten.
- 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.
- 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.

§ 11

Der Hauptversammlung obliegt insbesondere:

- 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.

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 Alterwerdens 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 Versicherungsverträge 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.

Theodor-Heuss-Str. 96 | 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

Stand 07/2011