

**Wesentliche Bestimmungen des
RAHMENVERTRAGES**

zwischen

Architektenkammer Sachsen

Goetheallee 37

01309 Dresden

- nachstehend kurz „Vertragspartner“ genannt -

und der

I N T E R Krankenversicherung aG

Erzbergerstraße 9-15

68165 Mannheim

- nachstehend kurz „INTER“ genannt -

1. Gegenstand des Vertrages

Gegenstand dieses Vertrages ist die Bereitstellung von privatem Krankenversicherungsschutz für die Mitglieder des Vertragspartners.

2. Versicherbarer Personenkreis

Im Rahmen des Vertrages kann der nach folgenden Merkmalen umschriebene Personenkreis versichert werden:

Alle Mitglieder des Vertragspartners, soweit für diese Personen bisher von der INTER weder ein Vertrag gekündigt noch ein Antrag abgelehnt wurde.

Versicherungsnehmer sind die dem Personenkreis nach Satz 1 angehörenden Personen, die mit der INTER einen Versicherungsvertrag schließen.

Familienangehörige - Ehegatten und unterhaltsberechtignte Kinder - können als mitversicherte Personen versichert werden.

3. Aufnahme/Gesundheitsprüfung

Für jede zu versichernde Person ist ein Antrag vollständig auszufüllen und von dieser zu unterzeichnen.

Insbesondere sind die darin enthaltenen Gesundheitsfragen zu beantworten.

Soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, kann die INTER Krankheiten und deren Folgen vom Versicherungsschutz ausschliessen, deren Einschluß von der Zahlung eines Beitragszuschlags abhängig machen oder den Antrag ablehnen.

Die Annahme erfolgt entsprechend den Annahmerichtlinien der INTER.

Der Versicherungsnehmer erhält von der INTER einen Versicherungsschein und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

4.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

Der in Nr. 2 umschriebene Personenkreis kann nach den folgenden Tarifen versichert werden:

4.1.1 Krankheitskostenversicherung:

Tarife CompactCare, VarioLine, AH, KH, ZHN, VK, VW, BSS, BSZ, GZ, GE 1, GZE 1, GZE 79

4.1.2 Krankenhaustagegeldversicherung:

Tarif KHT

4.1.3 Krankentagegeldversicherung:

Tarife TSN, TAN

4.1.4 Pflagegeldversicherung:

Tarif PTN

4.1.5 Pflege-Pflichtversicherung:

Tarif PV (Tarifstufen PVN und PVB)

Es gelten, soweit dieser Rahmenvertrag abweichend nichts anderes bestimmt, die jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Einzelversicherung.

4.2 Umfang des Versicherungsschutzes

Er ergibt sich aus diesem Rahmenvertrag, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der für die einzelne Versicherung jeweils geltenden Fassung sowie den gesetzlichen Vorschriften.

5. Rechtsanspruch auf Versicherungsleistungen

Rechte auf Leistungen aus den einzelnen Versicherungen stehen nur dem Versicherungsnehmer zu.

6. Beitragszahlung

Beitragsschuldner ist der Versicherungsnehmer.

Der Vertragspartner verpflichtet sich, dafür zu sorgen, daß der Versicherungsnehmer die INTER ermächtigt, die Beiträge im Rahmen der Abbuchung vom Konto eines Geldinstituts einzuziehen.

Werden die Beiträge nicht rechtzeitig entrichtet, wird der Versicherungsnehmer nach den §§ 38 und 39 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gemahnt.

7. Vergünstigungen/Voraussetzungen

7.1 Wartezeiten

Die tariflichen Wartezeiten entfallen, mit Ausnahme der besonderen achtmonatigen Wartezeit für Zahnersatz (sofern eine solche in den Versicherungsbedingungen vorgesehen ist) sowie der Wartezeit in der Pfl egetagegeldversicherung und der Pflege-Pflichtversicherung.

7.2 Beiträge

Es gelten - mit Ausnahme der Pflege-Pflichtversicherung - die Beiträge für die Rahmenversicherung nach den jeweils gültigen technischen Berechnungsgrundlagen der INTER.

8. Beendigung der Rahmenversicherung/Fortführung als Einzelversicherung

8.1 Beendigung der Rahmenversicherung

Die Versicherung im Rahmenvertrag endet für die betroffenen Personen zum Schluß des Monats, in dem die in Nr. 2 genannten Voraussetzungen für die Versicherbarkeit entfallen oder eines der Ereignisse eintritt, die nach den Versicherungsbedingungen (AVB) der dem Rahmenvertrag zugrundeliegenden Tarife eine Beendigung der Versicherung bewirken.

8.2 Fortführung als Einzelversicherung

Aus diesem Rahmenvertrag ausscheidende Versicherte haben das Recht, die Versicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach gleichartigen Tarifen des Versicherers zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen, wenn die Fortführung der Versicherung innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus diesem Rahmenvertrag schriftlich beim Versicherer beantragt wird.

Entsprechendes gilt, wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Vergünstigungen (insbesondere die Mindestzahl) nicht mehr gegeben sind und die Rahmenversicherung aus diesem Grund endet.