

### 1 Was sind die Grundlagen Ihres Versicherungsvertrages?

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Grundlage des Versicherungsvertrages sind Ihr Versicherungsantrag und der auszustellende Versicherungsschein sowie die von Ihnen gewählten Tarife mit den zugrundeliegenden AVB.

#### Die AVB bestehen

- in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung aus Teil I Rahmenbedingungen 1994 (RB/KK 94) und Teil II Tarifbedingungen,
- in der Krankentagegeldversicherung aus Teil I Rahmenbedingungen 1994 (RB/KT 94) und Teil II Tarifbedingungen,
- in der Pfl egetagegeldversicherung aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pfl egetagegeldversicherung,
- in der Pfl egepflichtversicherung aus dem Bedingungsteil MB/PPV 1996, dem Tarif PV und einem Anhang, der wesentliche Gesetzesauszüge enthält, im Standardtarif aus Teil I Musterbedingungen 2000 (MB/ST 2000) und Teil II Tarifbedingungen (TB/ST),
- in der Privaten Studentischen Krankenversicherung (PSKV) aus Teil I Musterbedingungen 1994 (MB/KK 94) und Teil II Tarifbedingungen für den Tarif PSKV,
- in den Tarifen SG1, SG2 und EVT aus Teil I Musterbedingungen 1994 (MB/KK94) und Teil II Tarifbedingungen (TB),
- sofern eine Beitragsentlastungskomponente zusätzlich vereinbart ist, aus den Zusatzbedingungen für die Beitragsreduzierung im Alter zum Versicherungsvertrag.

Die für Sie maßgeblichen Tarifdruckstücke mit den Tarifbestimmungen und die AVB werden Ihnen mit dieser Verbraucherinformation vor Unterzeichnung des Versicherungsantrags oder mit dem Versicherungsschein übergeben. Erhalten Sie diese Unterlagen bei Antragstellung, müssen Sie aus Gründen der Rechtssicherheit den Empfang unterschriftlich bestätigen. Der Versicherungsantrag sieht hierfür eine gesonderte Empfangsbestätigung vor. Eine Durchsicht des Versicherungsantrags wird Ihnen vom Antragsvermittler ausgehändigt. Nebenabreden sind nur verbindlich, wenn diese von der CENTRAL schriftlich bestätigt werden.

### 2 Was ist bei Antragstellung und Vertragsabschluß zu beachten?

Wir empfehlen Ihnen, die Ihnen überlassenen Unterlagen eingehend zur Kenntnis zu nehmen. Unkenntnis der vertraglichen Bestimmungen wird in der Rechtsprechung sogar als grob fahrlässiges Verhalten gewertet.

#### 2.1 Versicherungsjahr – Laufzeit des Versicherungsverhältnisses

Bei erstmaligem Vertragsabschluß mit Versicherungsbeginn ab dem 1.1.1998 beginnt das erste Versicherungsjahr mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich. Im Standardtarif, in den Tarifen PSKV und ARVN23 sowie bei erstmaligem Vertragsabschluß mit Versicherungsbeginn vor dem 1.1.1998 gelten besondere Bestimmungen. Die Krankheitskosten- und die Krankenhaustagegeldversicherung werden vom beantragten Versicherungsbeginn für die Dauer von drei Versicherungsjahren, die Krankentagegeld- und die Pfl egetagegeldversicherung für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

In der Krankentagegeld- und in der Pfl egetagegeldversicherung ist bei einem Vertragsabschluß im letzten Quartal des Kalenderjahres die ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer im Hinblick auf die dreimonatige Kündigungsfrist erstmalig zum Ablauf des folgenden Versicherungsjahres möglich.

#### 2.2 Prämienhöhe

Die Beiträge werden im Versicherungsantrag bei jeder Person und bei jedem Tarif einzeln angeführt. Der Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) wird im Versicherungsantrag und im Versicherungsschein gesondert ausgewiesen. Erfordern die gesundheitlichen Verhältnisse Beitragszuschläge, so werden die Erschwernisse ebenfalls in den Versicherungsantrag aufgenommen oder nachträglich vor Vertragsabschluß mit Ihnen vereinbart.

Bei Tarifen, die auf Risikobasis kalkuliert sind oder bei denen die Altersrückstellung den Wert Null hat, können sich die Beiträge mit dem Lebensalter erhöhen.

#### 2.3 Widerrufsrecht

Werden Ihnen die Tarifdruckstücke, die AVB, diese Kundeninformation und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vor Antragstellung ausgehändigt, können Sie Ihren Versicherungsantrag innerhalb von vierzehn Tagen schriftlich widerrufen. Die Frist beginnt mit der Unterzeichnung des Versicherungsantrags. Die Frist ist gewahrt, wenn Ihr Widerruf innerhalb der vierzehntägigen Frist abgesandt wird (Poststempel). Der Widerruf wird nur wirksam, wenn er der CENTRAL zugeht. Das Widerrufsrecht besteht auch dann, wenn die CENTRAL Ihren Versicherungsantrag bereits angenommen hat.

Erhalten Sie die obigen Unterlagen erst mit dem Versicherungsschein, ist Ihnen stattdessen ein vierzehntägiges Widerspruchsrecht eingeräumt, über das Sie mit dem Versicherungsschein informiert werden.

#### 2.4 Bindefrist

Sie sind an Ihren Versicherungsantrag sechs Wochen gebunden, wenn Sie von Ihrem Widerrufsrecht keinen oder keinen fristgemäßen Gebrauch machen.

Die Bindefrist beginnt mit der Entgegennahme Ihres Versicherungsantrags durch den Antragsvermittler und bei unmittelbarer Antragstellung mit dem Eingang bei der CENTRAL. Sofern der Erlaß von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt sie an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte der CENTRAL zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichungsfrist von 14 Tagen.

#### 2.5 Vertragsabschluß

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn Ihnen der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder die CENTRAL Ihnen schriftlich die Annahme Ihres Versicherungsantrags erklärt. Wir weisen darauf hin, daß eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen ist. Wir verweisen insoweit auch auf das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

#### 2.6 Beitragszahlung/Fälligkeit

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch unterjährig in gleichen Beitragsraten, d.h. monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Der Beitrag gilt bei unterjähriger Zahlungsweise bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet. Die Beitragsraten sind am Ersten der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig.

Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen. Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, gilt der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bis zum Eingang der Lastschrift bei dem von Ihnen angegebenen Geldinstitut als gestundet.

#### 2.7 Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten haben Sie als Versicherungsnehmer?

Die CENTRAL übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, daß Sie alle für die Übernahme des Versicherungsschutzes bedeutsamen Umstände angezeigt und die im Versicherungsantrag gestellten Fragen schriftlich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben. Dabei sind auch von Ihnen für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden anzugeben.

Soll eine andere Person versichert werden, so ist auch diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Dasselbe gilt für Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben. Treten solche Umstände nach Unterzeichnung des Versicherungsantrags und vor Zugang des Versicherungsscheins oder der Annahmeerklärung bei Ihnen ein oder ändern sich die bei Antragstellung angegebenen Umstände, sind Sie gleichsam verpflichtet, dies der CENTRAL unverzüglich anzuzeigen.

Unrichtige Angaben zu den Gefahrumständen oder das arglistige Verschweigen anzeigepflichtiger Gefahrumstände gefährden Ihren Versicherungsvertrag und den Versicherungsschutz. Derartige Anzeigepflichtverletzungen berechtigen die CENTRAL, von Ihrem Versicherungsvertrag zurückzutreten oder ihn anzufechten und ggf. die Leistung zu verweigern.

### **3 Beitragsentwicklung**

Der medizinische Fortschritt (z.B. Gerätemedizin, Hochpreismedikamente) führt in Verbindung mit dem vermehrten Einsatz von hochentwickelten und kostenintensiven Behandlungsmethoden dazu, daß die durchschnittlichen Versicherungsleistungen je Versicherten zunehmen. Der vertraglich zugesagte private Krankenversicherungsschutz garantiert, daß Sie die wachsenden Leistungen des medizinischen Fortschritts im Krankheitsfall in vollem Umfang nutzen können. Die damit verbundenen Mehrleistungen müssen durch einen entsprechenden Mehrbeitrag finanziert werden, der zum inzwischen erreichten Alter erhoben wird.

Entsprechendes gilt in der Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- und Pflegetagegeldversicherung. Steigende Leistungen in diesen Tarifen können zu Mehrbeiträgen führen.

Um die Auswirkungen dieser Entwicklung für ihre Versicherten zu mildern, setzt die CENTRAL in erheblichem Umfang Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Begrenzung von Anpassungen ein (Einmalbeiträge). In den Jahren von 1992 bis 2001 hat die Gesellschaft zu diesem Zweck 615 Mio. € aufgewandt. Außerdem bildet die CENTRAL eine zusätzliche Alterungsrückstellung (Altersentlastungsrückstellung) in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostenversicherung und Pflegetagegeldversicherung zur dauerhaften Entlastung der Beiträge älterer Versicherter. Es ist ein zentrales Unternehmensziel der CENTRAL, zu diesem Zweck auch in Zukunft erhebliche Mittel einzusetzen.

Für Versicherungsverträge, die ab dem 1.1.2000 geschlossen werden, ist in den Tarifen der Krankenversicherung, die geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen (substitutive Krankenversicherung) spätestens mit Beginn des Kalendermonats, der auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalendermonat, in dem der Versicherte das 60. Lebensjahr vollendet, ein 10%iger Beitragszuschlag zu erheben. Dieser Beitragszuschlag dient ebenso wie die Beträge aus der Altersentlastungsrückstellung dazu, ab der Vollendung des 65. Lebensjahres Prämien erhöhungen ganz oder teilweise zu finanzieren. Nicht verbrauchte Beträge werden mit der Vollendung des 80. Lebensjahres zur Prämien senkung eingesetzt.

Versicherten, die zusätzlich individuell etwas tun möchten, um ihre Krankenversicherungsbeiträge im Alter zu reduzieren, bietet die CENTRAL Zusatzbedingungen für die Beitragsreduzierung im Alter zum Versicherungsvertrag an.

Weiterhin bietet die CENTRAL einen Standardtarif an, dessen Leistungen denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind und dessen Beitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen darf ( für Beihilfeberechtigte durch Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil des Höchstbeitrages). Der Standardtarif kann von Personen abgeschlossen werden, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversiche-

rungszeit von mindestens zehn Jahren in einem Tarif der substitutiven Krankenversicherung verfügen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Standardtarif auch von Personen abgeschlossen werden, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Beihilfeberechtigte können unter bestimmten Voraussetzungen den Standardtarif auch abschließen, wenn sie die Bedingungen der Vorversicherungszeit nicht erfüllen.

### **4 Wissenswertes zum Vertragsverlauf**

#### **4.1 Änderung der Adresse oder des Namens**

Änderungen Ihrer Anschrift (Wohnung/Geschäft) sollten Sie uns zur Vermeidung von Nachteilen unverzüglich mitteilen. Ansonsten gelten Erklärungen, die wir mit Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Adresse senden, als zugegangen. Bei Namensänderung bitten wir Sie, uns ebenfalls zu unterrichten.

#### **4.2 Änderung Ihrer Bankverbindung**

Ändert sich Ihre Bankverbindung, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.

#### **4.3 Willenserklärungen**

Ihre Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Vermittler nicht bevollmächtigt. Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen unmittelbar an unser Unternehmen.

#### **4.4 Sitz des Unternehmens sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde**

Die deutschen Versicherer, und damit auch Ihr Vertragspartner, die mit Sitz in Köln im Handelsregister des Amtsgerichts Köln eingetragene

**CENTRAL  
KRANKENVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT**  
Hansaring 40-50 • 50670 Köln

unterliegen unverändert der Rechts- und Finanzaufsicht durch die

**Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht**  
Graurheindorfer Straße 108 • 53117 Bonn

Bei Beschwerden können Sie sich an die Aufsichtsbehörde wenden.

#### **4.5 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht**

Private Krankheitskostenversicherungen, die geeignet sind, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen, sind seitens der privaten Krankenversicherer nicht kündbar. Die CENTRAL verzichtet darüber hinaus auch in der Krankheitskostenteilversicherung und in der Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenteilversicherung besteht, auf das ordentliche Kündigungsrecht, das auf die ersten drei Versicherungsjahre beschränkt ist.

**Über wichtige Entwicklungen und Änderungen unterrichten wir Sie selbstverständlich auch im Rahmen unserer Jahresmitteilungen.**

**Die für Sie zuständige Geschäftsstelle können Sie dem Begleitschreiben zu Ihrem Versicherungsschein entnehmen.**

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Er gewährt im Versicherungsfall

- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) 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 gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

#### Nr. 1 Schwangerschaftsabbruch, Vorsorgeuntersuchungen

In Ergänzung von § 1 Abs. 2 Buchst. a) und b) gelten als Versicherungsfall auch:

- Schwangerschaftsabbruch nach gesetzlich zulässigen Indikationen und freiwillige Sterilisation unabhängig von der Indikation; das Rückgängigmachen einer Sterilisation gilt nicht als Versicherungsfall;
- sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen, soweit Leistungen für ambulante Heilbehandlung vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

#### Nr. 2 Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

Bei Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu drei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit

ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluß vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluß des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Zum Versicherungsjahr und zur vereinbarten Vertragsdauer siehe Nrn. 35 und 36 TB.

#### Nr. 3 (entfällt)

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

#### Nr. 4 Mitversicherung Neugeborener

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß § 2 Abs. 2 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

### § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

#### Nr. 5 (entfällt)

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- bei Unfällen;
- für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

#### Nr. 5a Wegfall der allgemeinen Wartezeit

Es entfällt die allgemeine Wartezeit von drei Monaten, sofern es der Tarif vorsieht.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

#### Nr. 6 Wartezeitwegfall bei Unfällen

Bei Unfällen entfallen auch die besonderen Wartezeiten (vgl. § 3 Abs. 2 Buchst. a)).

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

#### Nr. 7 Erlaß der Wartezeiten mit ärztlicher Untersuchung

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden. Beantragt der Versicherungsnehmer dieses, so hat er für die ohne Wartezeit zu versichernden Personen innerhalb von 14 Tagen ärztliche Zeugnisse über deren Gesundheitszustand - nach Möglichkeit auf einem Formblatt des Versicherers - vorzulegen. Die Kosten dafür trägt der Versicherungsnehmer.

- (5) Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, daß die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluß beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### **Nr. 7a Wartezeiten bei allgemeiner Leistungsanpassung**

Bei Erweiterung des Versicherungsschutzes, soweit diese aufgrund einer im Tarif vorgesehenen allgemeinen Anpassung des Leistungsumfanges erfolgt, findet § 3 Abs. 6 keine Anwendung.

### **§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

#### **Nr. 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschußbeteiligung)**

Der Versicherer bildet eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung nach Maßgabe einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung.

Die Verwendung dieser Mittel ausschließlich zugunsten der Versicherungsverhältnisse (Überschußbeteiligung) geschieht durch:

1. Beitragsrückerstattung in Form der Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift);
2. Leistungserhöhung;
3. Beitragssenkung;
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (betreffend Beitragsanpassungen siehe § 8b und Nr. 33b TB);
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen (siehe aber Nr. 9 TB zu vorst. Ziff. 1) und gegebenenfalls weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde fest.

#### **Nr. 9 Teilnahmeberechtigung und Höhe von Beitragsrückerstattungen in Form der Ausschüttung**

Teilnahmeberechtigt an einer gemäß Nr. 8 Ziff. 1 TB festgelegten Beitragsrückerstattung in Form der Ausschüttung sind alle versicherten Personen, die im jeweils abgelaufenen Kalenderjahr Leistungen aus dem begünstigten Tarif nicht erhalten haben und gleichzeitig ganzjährig ohne Vereinbarung des Ruhens (vgl. Nr. 30 TB) in dem Tarif versichert waren. Die Höhe der Beitragsrückerstattung richtet sich nach dem Verfahren in Nr. 8 TB; sie kann danach abgestuft werden, ob und inwieweit die in Satz 1 genannten Voraussetzungen für mehrere Kalenderjahre hintereinander erfüllt sind. Bemessungsgrundlage ist der Jahresbeitrag, der für das leistungsfreie Kalenderjahr vertraglich zu zahlen war.

#### **Nr. 10 Selbstbehalt und Leistungssätze bei angebrochenen Kalenderjahren**

Im ersten Versicherungsjahr (vgl. Nr. 35 TB) ermäßigen sich tariflich je Kalenderjahr vereinbarte Selbstbehalte, Leistungssätze und Leistungshöchstsätze um soviel Zwölftel, als der Versicherungsbeginn der versicherten Person Monate später nach dem Jahresanfang liegt. Das letzte Versicherungsjahr rechnet insoweit als volles Jahr.

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

#### **Nr. 11 Leistungsumfang für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung**

Nach Tarif erstattungsfähig sind die Aufwendungen für alle ärztlichen und zahnärztlichen Tätigkeiten nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung. Ausnahmen hiervon bestehen gemäß Nr. 13 TB für die Psychotherapie; Beschränkungen ergeben sich aus § 5 und Nr. 21 TB. Soweit Ambulatorien und Sozialstationen auf Veranlassung eines approbierten Arztes oder als Erste Hilfe Verrichtungen vornehmen, die einer Position der GOÄ entsprechen, werden diese Aufwendungen bis zum einfachen GOÄ-Satz ärztlicher Tätigkeit gleichgestellt. Teilbeträge,

die über die genannten Begrenzungen der Gebührensätze hinausgehen, bleiben erstattungsfähig, soweit der Versicherer das vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt hat.

#### **Nr. 12 Behandlung durch Heilpraktiker**

Bei Verrichtungen von Heilpraktikern findet Nr. 11 TB mit Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) entsprechende Anwendung.

#### **Nr. 13 Psychotherapie**

Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung sind bis zu 24 Behandlungstagen je Kalenderjahr in tariflichem Umfang erstattungsfähig; darüber hinaus leistet der Versicherer in gleichem Umfang, soweit ihm vor Behandlungseintritt eine ärztliche Beurteilung über die Heilungsmöglichkeit vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat. Wird die Psychotherapie auf Veranlassung eines approbierten Arztes durch einen für die Behandlung zugelassenen Diplompsychologen durchgeführt, beziehen sich die Regelungen auf drei Viertel der jeweiligen Aufwendungen.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

#### **Nr. 14 Begriffsabgrenzung Arzneien**

Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht:

1. Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, außer es handelt sich um medizinisch zwingende Verordnungen (wie z.B. bei Enzymmangelkrankheiten zur Vermeidung von Spätschäden);
2. Desinfektionsmittel, Kosmetikmittel, Mineralwässer;
3. nicht rezeptpflichtige Entfettungspräparate, Abführpräparate und Badezusätze.

#### **Nr. 15 Begriffsabgrenzung Heilmittel (physikalisch-medizinische Behandlungen)**

Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendung der physikalischen Medizin, wobei Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten nicht berücksichtigt werden.

#### **Nr. 16 Begriffsabgrenzung Hilfsmittel**

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich orthopädische Hilfsmittel, Hör-, Seh- und Sprechhilfen sowie Herzschrittmacher, Heimdialysegeräte und Krankenfahrstühle; Betriebsmittlersatz ist nicht mitversichert. Der Tarif kann eine erweiterte Leistungszusage vorsehen.

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

#### **Nr. 17 Leistungsumfang für stationäre Heilbehandlung**

Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erbracht:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils gültigen Fassung; hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus;
2. Wahlleistungen gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung (vgl. Nr. 11 TB, soweit Leistungen dafür vereinbart sind).

#### **Nr. 18 Krankenhaustagegeld bei teilstationärer Behandlung, Beurlaubungen, der Begleitung von Kindern und im Truppensanitätsbereich**

Bei teilstationärer Behandlung wird ein versichertes Krankenhaustagegeld in halber tariflicher Höhe gezahlt. Entsprechendes gilt bei Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei ganztägiger Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld fällig; im übrigen rechnen Aufnahme- und Entlassungstag je als voller Tag. Das für Kinder vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für den Zeitraum, in dem ein Elternteil während einer stationären Heilbehandlung des Kindes als Begleitperson stationär aufgenommen wird; für den Elternteil selbst sowie für die Unterbringung des gesunden Säuglings nach einer Entbindung liegt kein Krankenhaustagegeldanspruch vor. Bei Behandlung im Truppensanitätsbe-

reich oder einer gleichstehenden Einrichtung wird Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag gewährt. Die genannten Bestimmungen beziehen sich demgemäß auch auf Ersatzkrankenhaustagegelder.

Zum Kinderbegriff vgl. Nr. 28 TB.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Siehe auch § 5 Abs. 1 Buchst. d) und Nr. 19 TB.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

#### Nr. 18a Leistungen für Komplementärmedizin

Der Tarif kann auch Leistungen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel vorsehen, die unabhängig von den in § 4 Abs. 6 genannten Kriterien gewährt werden.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluß eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
  - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

#### Nr. 19 Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

In Gestalt zu § 5 Abs. 1 Buchst. d) sind die während eines Kur- oder Sanatoriumsaufenthaltes anfallenden Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung (vgl. Nrn. 11 bis 15 TB) in einen für ambulante Heilbehandlung bestehenden Versicherungsschutz in tariflichem Umfang eingeschlossen, soweit dem Versicherer vor Kurantritt die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes nachgewiesen wird und er die Leistungsübernahme schriftlich zugesagt hat. Im Tarif können weitergehende Kurleistungen vereinbart sein.

- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

#### Nr. 20 Verzicht auf Kurortklausel

§ 5 Abs. 1 Buchst. e) entfällt.

- f) (entfällt)
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

#### Nr. 21 Nicht versicherbare Aufwendungen

Die Aufwendungen für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder berufliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektion sowie für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten sind im Rahmen des Vertrages nicht versicherbar.

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

#### Nr. 22 Beschreibung der Leistungsunterlagen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten:

- Name und Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, die Leistungen des Behandlers mit Angabe der jeweiligen Behandlungstage und der Ziffern der angewandten Gebührenordnung;
- bei Arzneiverordnungen sowie Verordnungen und Rechnungen für Heil- und Hilfsmittel Name der behandelten Person; diese Unterlagen sind zusammen mit der Rechnung des Behandlers einzureichen;
- bei Krankenhausaufenthalt zusätzlich Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer, Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und ggf. Dauer der begleitenden Aufnahme eines Elternteils bei Kindern.

Ist lediglich Krankenhaustagegeld versichert, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses, worin die Angaben zu den Leistungen des Behandlers und der Pflegeklasse bzw. Bettenzahl entfallen können. Gegen Zwischenrechnungen bzw. bescheinigungen zahlt der Versicherer auch zwischenzeitlich aus. Die Obliegenheiten § 9 Abs. 2 und 3 bleiben unberührt.

- (2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.

#### Nr. 23 Legitimation des Überbringers

Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

#### Nr. 24 Wechselkurs ausländischer Währungen

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt am Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß Veröffentlichung der deutschen Bundesbank, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist durch Bankbeleg nach, daß er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

#### Nr. 25 Überweisungskosten, Übersetzungskosten

Überweisungskosten auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Inlandskonto und Übersetzungskosten zieht der Versicherer nicht ab.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

#### Nr. 26 Krankenhaus-Ausweis

Nach Ausgabe eines Krankenhaus-Ausweises (Klinik-Card) gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

Zum Versicherungsjahr siehe Nr. 35 TB

#### Nr. 27 Monatliche Beitragsraten, Begriffsbestimmung, Eintrittsalter

Die Höhe der monatlichen Beitragsraten gemäß § 8 Abs. 1 (Tarifbeitrag) richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt, und dem Geburtsjahr.

#### Nr. 28 Monatliche Beitragsraten für Kinder und Jugendliche

Kinder (Eintrittsalter 0 bis 15 Jahre) und Jugendliche (Eintrittsalter 16 bis 20 Jahre) zahlen vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 Jahre. Für Neugeborene, die gemäß § 2 Abs. 2 und Nr. 4 TB ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Für Adoption gemäß § 2 Abs. 3 gilt Satz 2 entsprechend.

- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, daß sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

#### Nr. 29 Mahnkosten

Tarifliche Mahnkosten werden nicht erhoben. Der Versicherer ist aber berechtigt, seine Auslagen (z.B. für Porto) zu berechnen.

- (6) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

Zum Ende der Beitragszahlung bei Eintritt der Versicherungspflicht siehe auch § 13 Abs. 3.

#### Nr. 30 Vereinbarung des Ruhens der Versicherung

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren vereinbaren, wenn der Versicherungsnehmer vorübergehend außerstande ist, seinen Beitragsverpflichtungen nachzukommen. Für die Dauer eines länger als sechsmonatigen Ruhens sind dabei die monatlichen Beitragsraten der Anwartschaftsversicherung zu zahlen. Der Versicherer ist leistungsfrei für alle Leistungsansprüche, die in die Ruhenszeit fallen. Mit dem Ablauf der Ruhenszeit treten die beiderseitigen Rechte und Pflichten nach Maßgabe der hierfür getroffenen Vereinbarungen wieder in Kraft. Die Vereinbarung des Ru-

hens kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden; Nr. 37 TB ist sinngemäß anzuwenden.

- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

#### Nr. 31 (entfällt)

### § 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

#### Nr. 32 (entfällt)

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, daß eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

#### Nr. 33 Anrechnung der Alterungsrückstellung bei Beitragsänderungen

Die Anrechnung der Alterungsrückstellung gemäß § 8a Abs. 2 erfolgt in der Weise, daß auf den Tarifbeitrag für das erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person ein Nachlaß (Umstellungs- bzw. Umstufungsrabatt) eingeräumt wird. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr.

#### Nr. 33a (entfällt)

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemißt sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

### § 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepaßt und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepaßt.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

#### Nr. 33b Auslösender Faktor für Beitragsanpassungen

Der im § 8b Abs. 1 beschriebene tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 7,5%.

### § 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

### Nr. 34 Meldeverzicht Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung von Krankenhausbehandlungen wird verzichtet; § 4 Abs. 5 Satz 1 bleibt unberührt.

- (2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) ist am Ende des Bedingungstextes beige-fügt.

- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

### § 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

### § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

### Nr. 35 Begriffsbestimmung Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

### Nr. 36 Vereinbarte Vertragsdauer

Der Versicherungsvertrag wird pro Person und Tarif erstmals für drei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Die Dauer

einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.

- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

### Nr. 37 Fortsetzung der Versicherung durch mitversicherte Personen (zu § 13 Abs. 2, 5 und 7, § 15 Abs. 1 und 3)

Endet oder ruht (vgl. Nr. 30 TB) der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer oder kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so können die betroffenen mitversicherten Personen ihren Vertragsteil als selbständiges Versicherungsverhältnis fortsetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Die Fortsetzung muß dem Versicherer, abweichend von § 13 Abs. 7, innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung oder dem Ruhensbeginn erklärt werden und die hiernach rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten. Mit Zahlung derselben tritt der beendete Versicherungsschutz (vgl. § 7) rückwirkend wieder in Kraft. Bei Ehescheidungen und -trennungen verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Kündigungsfristen, wenn Vertragsteile insoweit fortgesetzt werden.

Zur Versicherungsfähigkeit siehe den abgeschlossenen Tarif.

- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungs-pflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

### Nr. 38 Ende der Beitragszahlung bei Eintritt der Versicherungspflicht

Im Falle der Kündigung einer Krankheitskostenversicherung binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 sind die monatlichen Beitragsraten für die gekündigten Tarife letztmalig für den Vormonat zu entrichten, der vor dem Zeitpunkt des Eintretens endet; § 8 Abs. 6 gilt insoweit nicht.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, daß bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

Zur Beitragsanpassung vgl. § 8b, zur Fortsetzungsmöglichkeit der Versicherung durch betroffene mitversicherte Personen Nr. 37 TB.

- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

### Nr. 39 Fortsetzung der Versicherung durch mitversicherte Personen (zu § 13 Abs. 6, § 14 Abs. 4)

Soweit der Versicherer das Versicherungsverhältnis der mitversicherten Person nicht durch Anfechtung, Rücktritt oder durch Kündigung gemäß § 6 VVG beendet hat, findet Nr. 37 TB entsprechende Anwendung.

- (7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, daß die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Zu diesem Fortsetzungsrecht siehe entsprechend Nr. 37 TB.

#### § 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

#### Nr. 40 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Zur Fortsetzungsmöglichkeit der Versicherung durch mitversicherte Personen siehe Nr. 39 TB zu § 13 Abs. 6.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

Zu diesem Fortsetzungsrecht der mitversicherten Personen siehe entsprechend Nr. 37 TB und § 13 Abs. 7.

- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

### Sonstige Bestimmungen

#### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

#### § 17 Klagefrist/Gerichtsstand

- (1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

#### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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
- bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
  - im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
  - bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
  - 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 Versicherungsschutz, 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 nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- (4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 2 gilt entsprechend.

#### § 19 Wechsel in den Standardtarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, daß versicherte Personen seines Vertrages, die die in §257 Abs. 2 a Nr. 2, 2a – 2c SGB V (Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

# AUSZUG VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG)

## ANHANG

### § 6 Obliegenheitsverletzung

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

### § 11 Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
- (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- (3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

### § 12 Verjährung, Klagefrist

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.
- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

### § 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

- (1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

### § 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

### § 67 Gesetzlicher Forderungsübergang

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- (2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

# Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

## § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuß ... wird ... für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.

## Informationsblatt

### DER BUNDESANSTALT FÜR FINANZDIENSTLEISTUNGSAUFSICHT GEMÄSS § 10a Abs. 1a VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

#### Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, daß die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, daß alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

#### Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluß sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, daß sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein **Wechsel** des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, daß für die Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

# Merkblatt zur Datenverarbeitung

## Vorbemerkung

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 bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden 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 eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. 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 gesetzlichen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die - wie z.B. beim Arzt - einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

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 Versicherungsantrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Antrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, 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 und den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

### 2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des 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 übergeben.

### 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 Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmißbrauch 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 Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

## 4. Zentrale Hinweissysteme

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

### Beispiele:

#### Kfz-Versicherer

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmißbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

#### Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
  - aus versicherungsmedizinischen Gründen,
  - aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
  - wegen verweigerter Nachuntersuchung;
- Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

#### Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.
- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

#### Sachversicherer

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund eines Verdachts des Versicherungsmißbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Mißbrauchs.

#### Transportversicherer

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmißbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmißbrauch.

#### Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen.
- Außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmißbrauch.

#### Allgemeine Haftpflichtversicherung

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmißbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

## 5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

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

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe 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 gebucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- und Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören z.Z. folgende Unternehmen an:

- Aachener und Münchener Lebensversicherung Aktiengesellschaft
- Aachener und Münchener Versicherung Aktiengesellschaft
- AdvoCard Rechtsschutzversicherung Aktiengesellschaft
- AMB Generali Asset Managers Kapitalanlagegesellschaft mbH
- AMB Generali Immobilien GmbH
- AMB Generali Informatik Services GmbH
- COSMOS Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
- COSMOS Versicherung Aktiengesellschaft
- Deutsche Bausparkasse Badenia Aktiengesellschaft
- Deutsche Vermögensberatung Aktiengesellschaft DVAG
- Dialog Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
- ENVIVAS Krankenversicherung Aktiengesellschaft
- Generali Lebensversicherung Aktiengesellschaft
- Generali Versicherung Aktiengesellschaft
- Volksfürsorge Deutsche Lebensversicherung Aktiengesellschaft
- Volksfürsorge Deutsche Sachversicherung Aktiengesellschaft
- Volksfürsorge Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Z.Z. kooperieren wir mit:

- Commerzbank Aktiengesellschaft
- Commerz Grundbesitz Investmentgesellschaft mbH
- Einsatzbetreuungs- und Auslandsdienste GmbH

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stellen gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

## 6. Betreuung durch Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken 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 sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluß und Stand Ihres Bausparvertrages. Abschließlich 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.

## 7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG 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.

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



Ein Unternehmen der Generali Gruppe.



 **CENTRAL**  
KRANKENVERSICHERUNG AG

Hansaring 40-50 · 50670 Köln · Tel.: 02 21/16 36-0 · Fax: 02 21/16 36-2 00 · <http://www.central.de>