

Wir freuen uns, dass Sie sich für das Angebot der Central interessieren. Unseren Kunden möchten wir größtmögliche Transparenz bei allen Fragen und Entscheidungen rund um das Thema private Krankenversicherung bieten. Im Folgenden erhalten Sie deshalb die wesentlichen Informationen zum Versicherungsschutz bei der Central.

1 Identität des Versicherers

Central Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Sitz: Köln – Handelsregister: Amtsgericht Köln HR B 93

Anschrift: Hansaring 40-50, 50670 Köln

Telefon: 0221 1636-0

Fax: 0221 1636-200

E-Mail: info@central.de

2 Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der Central ist der Vorstand.

Mitglieder des Vorstandes sind: Heinz Teuscher (Vors.), Frank Hüppelshäuser, Hans-Herbert Rospleszcz.

3 Hauptgeschäftstätigkeit, Aufsichtsbehörde

Die Central betreibt die Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

Die Rechts- und Finanzaufsicht wird durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn ausgeübt.

4 Garantiefonds

In dem unwahrscheinlichen Fall einer Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung eines Krankenversicherungsunternehmens können Sie sich an die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln wenden.

Das Bundesministerium für Finanzen hat der Medicator AG die Aufgaben eines Sicherungsfonds übertragen. Die Medicator AG hat damit im Fall der Insolvenz des Krankenversicherungsunternehmens die Aufgabe, Ihre Rechte zu schützen.

5 Vertragsrelevante Unterlagen / Merkmale der Versicherungsleistungen

5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

- Das **Produktinformationsblatt** (PIB) enthält die Informationen, die für den Abschluss und die Erfüllung des Vertrages von besonderer Bedeutung sind.
- Der **Tarif** beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.
- Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Der von Ihnen zu unterzeichnende verbindliche **CentralAntrag** oder die unverbindliche **CentralAnfrage** (siehe Nr. 10.1) dient insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes und der Beantwortung der Gesundheitsfragen.
- Falls Sie zunächst eine unverbindliche CentralAnfrage an uns gerichtet haben, unterbreiten wir Ihnen anschließend ein für uns verbindliches **CentralAngebot** (siehe Nr. 10.1), das Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen können.
- Im **Versicherungsschein** (Police) dokumentieren wir den geschlossenen Versicherungsvertrag.

Nebenabreden (z.B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn sie von der Central schriftlich bestätigt werden.

5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistungen sind folgende:

In der **Krankheitskostenversicherung** ersetzt die Central im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen

einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen.

Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die AVB/VV 2009 für die Krankheitskostenvollversicherung, die AVB/ZV 2011 für die Krankheitskostenzusatzversicherung, die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 2009) sowie die jeweils im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KK 2009, TB/KK 09, TB/BSS und TB/SZP) zugrunde.

Abweichend davon gelten für nachstehende Tarife die folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen:

- Tarife STN und STB (Standardtarif): Musterbedingungen 2009 (MB/ST 2009) und Tarifbedingungen (TB/ST Nr. 1 - 10).
- Tarife PSKVN und PSKVS (Private Studentische Krankenversicherung): Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Tarifbedingungen (PSKV).
- Tarife SG1, SG2 und EVT2: Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Tarifbedingungen (TB Nr. 1 - 40).
- Tarif Global First: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung – Aufenthalte außerhalb Deutschlands – 2009 (AVB-ARL-EX 2009).

Der **Basistarif** (BTN/BTB) enthält Leistungen aus den Bereichen der Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugrunde liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/BT 2009) und die Leistungszusage.

In der **Krankenhaustagegeldversicherung** zahlt die Central das vereinbarte Krankenhaustagegeld bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 2009) sowie die jeweils im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KK 2009 bzw. TB/KK 09) zugrunde.

In der **Krankentagegeldversicherung** ersetzt die Central den Verdienstaufschlag bis zur Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes, wenn durch Krankheit oder Unfall Arbeitsunfähigkeit eintritt. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KT 2009) sowie die jeweils im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KT 2009 bzw. TB/KT 09) zugrunde.

In der **Pflegekrankenversicherung** ersetzt die Central im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen (Pflegekostenversicherung) oder sie zahlt das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung). Als Allgemeine Versicherungsbedingungen in der Pflegetagegeldversicherung liegen die AVB/PTN zugrunde. In der **Pflegepflichtversicherung** (PVN/PVB) gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2012).

Bei zusätzlicher Vereinbarung einer **Beitragsentlastungskomponente** gelten die Zusatzbedingungen für die Beitragsreduzierung im Alter zum Versicherungsvertrag (Zusatzbedingungen EBE bzw. EBE63).

5.3 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5.4 Fälligkeit der Versicherungsleistungen und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, sobald uns alle erforderlichen Unterlagen eingereicht wurden und wir die notwendige Prüfung durchgeführt haben. Die Erfüllung der Leistung durch die Central erfolgt in der Regel durch Überweisung des fälligen Betrages.

6 Gesamtpreis der Versicherung (Versicherungsbeitrag)

Die Beiträge werden im CentralAntrag bzw. CentralAngebot, im Produktinformationsblatt sowie im Versicherungsschein für jede Person und jeden Tarif einzeln aufgeführt. Erfordern die gesundheitlichen Verhältnisse Risikozu-

schläge, werden wir diese – soweit sie nicht bereits im CentralAntrag bzw. CentralAngebot enthalten sind – gesondert schriftlich mit Ihnen vereinbaren.

7 Zusätzlich anfallende Kosten

Außer dem Versicherungsbeitrag entstehen Ihnen für den angebotenen Versicherungsschutz keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren, auch nicht für die von uns angebotenen Serviceleistungen.

8 Beitragszahlung, Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge wird vom Versicherungsbeginn an erhoben und ist in der Regel monatlich zu zahlen. Auch vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise ist möglich. Die Beiträge sind jeweils am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig.

Der Erstbeitrag ist mit Versicherungsbeginn zu zahlen, frühestens jedoch 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins. Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, gilt der erste Beitrag bis zum Eingang der Lastschrift bei dem von Ihnen angegebenen Geldinstitut als gestundet.

9 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Unser Angebot im Antragsmodell (inkl. der Beiträge) gilt für sechs Wochen ab dem Zeitpunkt der Übergabe der Vertragsinformationen.

10 Zustandekommen des Vertrages, Bindefrist

10.1 Zustandekommen des Vertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie der Versicherungsvertrag geschlossen werden kann:

- „Antragsmodell“
Sie unterzeichnen den CentralAntrag, **nachdem** Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wenn wir Ihren Antrag annehmen, erhalten Sie den Versicherungsschein.
- „Invitativmodell“
Sie unterzeichnen die CentralAnfrage, **bevor** Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. In diesem Fall gilt Ihre Erklärung nur als unverbindliche Aufforderung an uns, Ihnen ein Versicherungsangebot zu unterbreiten. Nach Risikoprüfung durch uns erhalten Sie ein individuelles CentralAngebot mit allen Unterlagen. Dieses können Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen.

In beiden Modellen kommt der Versicherungsvertrag zustande, wenn wir Sie mit den nach Nr. 5 genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten und Ihr Widerrufsrecht (siehe Nr. 11) nicht ausgeübt haben.

10.2 Bindefrist

Eine Frist, innerhalb derer Sie an Ihren Antrag gebunden sind (Bindefrist), gibt es nur im Antragsmodell. Sie beträgt sechs Wochen ab Antragstellung.

11 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 an dem Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie diese Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes [VVG]) und die Belehrung über das Widerrufsrecht in Textform zugegangen sind. Die Belehrung über das Widerrufsrecht finden Sie im Versicherungsschein.

12 Vertragslaufzeit

Sofern sich aus dem Tarif nichts anderes ergibt, wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann erstmals zum Ablauf der Mindestvertragsdauer und danach zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Es gelten folgende Mindestvertragslaufzeiten:

- in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zwei Versicherungsjahre

- in der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr
- in der Pflegekrankenversicherung ein Versicherungsjahr
- in der Beitragsentlastungskomponente bis zum Ende des Versicherungsjahres der zugrunde liegenden Krankheitskostenversicherung, mindestens aber drei Monate

Der Zeitraum eines Versicherungsjahres richtet sich danach, wann Ihr Versicherungsvertrag begonnen hat:

- Bei einem Vertragsbeginn vor dem 1.1.1998 beginnt das erste Versicherungsjahr mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, die weiteren Versicherungsjahre jeweils zwölf Monate später.
- Bei einem Vertragsbeginn ab dem 1.1.1998 beginnt das erste Versicherungsjahr mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

Für die langfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung gilt keine Mindestvertragslaufzeit. Die Kündigungsfristen sind jedoch zu beachten (siehe Nr. 13).

13 Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können Ihren Versicherungsvertrag – unter Beachtung der Mindestvertragsdauer – ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (ordentliche Kündigung). Zudem haben Sie in besonderen Fällen (z.B. Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV], Beitragserhöhung) ein Recht zur außerordentlichen Kündigung. Die Kündigung einer Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient, wird erst dann wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert sind. Die Einzelheiten ergeben sich aus § 205 VVG (siehe Seite 6) sowie den inhaltsgleichen Regelungen in den AVB.

Bitte beachten Sie hierzu auch die Nrn. 19 und 20 dieser Kundeninformation.

14 Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- Köln als Sitz der Central

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Bei Wegzug ins Ausland gelten die in den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden AVB genannten Gerichtsstände.

15 Sprachen

Wir kommunizieren mit Ihnen in deutscher Sprache.

16 Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenden Sie sich bitte an uns, am besten unmittelbar an unser **Team Kundendialog**:

Telefon 0221 1636-0

Fax 0221 751409

E-Mail kundendialog@central.de

Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden. Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an den

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22 • 10052 Berlin

wenden. Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Beschwerden können Sie außerdem an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108 • 53117 Bonn

richten.

Zusatzinformationen für die substitutive Krankenversicherung

Falls Sie sich für eine Krankenversicherung interessieren, die geeignet ist, den in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ganz oder teilweise zu ersetzen (substitutive Krankenversicherung), sind folgende Informationen für Sie von Bedeutung.

17 In die Prämie einkalkulierte Kosten, sonstige Kosten

Die Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten sowie der sonstigen Kosten weisen wir im Produktinformationsblatt des von Ihnen gewählten Tarifs aus.

18 Krankheitskosten und Beitragsentwicklung

Der medizinische Fortschritt (z.B. moderne Gerätemedizin, Hochpreismedikamente, vermehrter Einsatz von hochentwickelten und kostenintensiven Behandlungsmethoden) führt dazu, dass die durchschnittlichen Versicherungsleistungen je Versichertem steigen. In der privaten Krankenversicherung haben Sie die vertragliche Zusage, am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Die damit verbundenen Mehrleistungen müssen durch höhere Beiträge finanziert werden. Deshalb kann es zu Beitragsanpassungen kommen.

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. Von 2001 bis 2010 hat die Central zu diesem Zweck über 790 Mio. € aufgewandt. Außerdem bilden wir in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und Pflegegeldversicherung eine zusätzliche Rückstellung (Altersentlastungsrückstellung) zur dauerhaften Entlastung älterer Versicherter. Dafür werden wir auch in Zukunft erhebliche Mittel einsetzen.

Für substitutive Krankenversicherungen, die ab dem 1.1.2000 geschlossen worden sind, erheben wir von Versicherten, die zwischen 21 und 59 Jahre alt sind, einen 10%igen Beitragszuschlag (GZA). Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet. Dieser Beitragszuschlag dient ebenso wie die Beiträge aus der Altersentlastungsrückstellung dazu, ab der Vollendung des 65. Lebensjahres Beitragserhöhungen ganz oder teilweise zu finanzieren. Gegebenenfalls nicht verbrauchte Beträge werden mit der Vollendung des 80. Lebensjahres zur Beitragsenkung eingesetzt.

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

19 Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung, insbesondere im Alter

Es gibt mehrere Möglichkeiten, Ihren zu zahlenden Beitrag zu senken. Neben dem Wechsel in einen anderen Tarif (ggf. mit geringeren Leistungen oder durch Vereinbarung eines Leistungsausschlusses für die Mehrleistungen) können Sie auch eine vereinbarte Selbstbeteiligung erhöhen.

Außerdem können Sie - gegen Mehrbeitrag - eine zusätzliche Vereinbarung zur Beitragsreduzierung im Alter (Beitragsentlastungskomponenten EBE bzw. EBE63) mit uns schließen.

Darüber hinaus bietet die Central den Basistarif an. Die Leistungen dieses Tarifs sind denen der GKV vergleichbar. Der Beitrag darf den durchschnittlichen

Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (für Beihilfeberechtigte durch Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil des Höchstbeitrages). Bei Hilfebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch II oder XII halbiert sich Ihr Beitrag im Basistarif. Besteht dann immer noch Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich Ihr zuständiger Sozialträger an dem Beitrag. Haben Sie Ihren Versicherungsvertrag bei der Central nach dem 31.12.2008 geschlossen, haben Sie das Recht, in den Basistarif zu wechseln. Erfolgte der Vertragsschluss bei der Central vor dem 01.01.2009, können Sie in den Basistarif nur wechseln, wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, rentenberechtigt sind, ein Ruhegehalt beziehen oder hilfebedürftig nach SGB II oder XII sind; daneben besteht weiterhin unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, in den Standardtarif zu wechseln.

20 Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung

Ein Wechsel in die GKV ist für privat Krankheitskostenvollversicherte nur in einem begrenzten gesetzlichen Rahmen, insbesondere bei Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses mit einem Verdienst unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze („Versicherungspflichtgrenze“) oder bei Eintritt von Arbeitslosigkeit möglich. Im Übrigen und ab Vollendung des 55. Lebensjahres ist der Wechsel in der Regel ausgeschlossen. Bitte beachten Sie hierzu auch das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (siehe Seite 9).

21 Wechsel zu einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung

Bei einem Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist zu beachten, dass für den neuen Krankenversicherer grundsätzlich keine Annahmeverpflichtung besteht (Ausnahme: Basistarif/Standardtarif, siehe Nr. 19). Der neue Versicherer führt wiederum eine Risikoprüfung durch; außerdem wird Ihr aktuelles Alter bei der Höhe der Beiträge und künftigen Beitragssteigerungen berücksichtigt. Ein Wechsel kann also insbesondere im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein oder sich ggf. auf den Standard- oder Basistarif beschränken. Haben Sie Ihre substitutive Krankenversicherung bei der Central vor dem 01.01.2009 geschlossen, verbleibt die Altersentlastungsrückstellung beim tarifspezifischen Versichertenkollektiv der Central. Bei einem Abschluss nach dem 31.12.2008 wird ein Teil Ihrer Altersentlastungsrückstellung an den neuen Versicherer übertragen.

22 Beitragsentwicklung in der Vergangenheit

Hierzu erhalten Sie Informationen im Produktinformationsblatt des von Ihnen gewählten Tarifs.

Weitere wichtige Informationen

Central Card für Privatversicherte.....	Seite 4
Gesetzesauszüge (VVG, BGB, LPartG, VAG, SGB V).....	Seite 5
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.....	Seite 9
Merkblatt zur Datenverarbeitung.....	Seite 10

Ab einem bestimmten Umfang des Versicherungsschutzes (z.B. stationäre Wahlleistungen im Krankenhaus) erhalten Sie unsere Central Card für Privatversicherte. Diese weist Sie beim Arzt, Zahnarzt oder in einem Krankenhaus als Privatpatient oder Privatpatientin aus.

Ihre Vorteile bei Nutzung der Central Card

- Ihre Versicherungsdaten können beim Arzt oder in der Klinik schnell, problemlos und sicher in den Computer eingelesen werden.
- Der gewählte Versicherungsschutz in Bezug auf die Art der Unterbringung (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) lässt sich bei Aufnahme im Krankenhaus auf einen Blick erfassen.
- Bei stationären Aufenthalten rechnen die Krankenhäuser die Unterbringungskosten direkt mit der Central ab – entsprechend dem vereinbarten Versicherungsschutz. Vorauszahlungen durch Sie sind nicht erforderlich.

Ändern sich der Leistungsumfang Ihres Versicherungsschutzes oder Ihre persönlichen Daten, erhalten Sie automatisch eine neue Central Card. Bei Beschädigung oder Verlust sorgen wir selbstverständlich für Ersatz. Sie können die Karte online auf unserer Internetseite www.central.de oder telefonisch in unserem Kundenservice unter der Telefonnummer **0221 1636 0** anfordern.

Die Central Card ist Eigentum der Central und darf nach Beendigung des Versicherungsschutzes nicht mehr benutzt werden.

Central Card und Datenschutz

Im Bereich der Krankenhausbehandlung ist mit der Central Card eine Kostenübernahmegarantie im tariflichen Umfang für allgemeine Krankenhausleistungen sowie Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer verbunden. Die Karte enthält einen Mikrochip, auf dem folgende Daten gespeichert sind

- Name und Nummer des Versicherungsunternehmens,
- Name, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten,
- Versicherungsnummer und Personenummer,
- Gültigkeitsdauer der Karte,

die mit Hilfe eines Kartenlesegerätes abgerufen und so zur Rechnungs- und Rezepterstellung genutzt werden können.

Ein Teil dieser Daten ist auch auf der Kartenvorderseite zu sehen. Außerdem ist der Umfang des jeweiligen stationären Versicherungsschutzes angegeben. Zusätzliche Angaben, wie z.B. medizinische Behandlungsdaten, können auf dem Chip nicht gespeichert werden, auch nicht vom Arzt oder vom Krankenhaus. Die Informationen sind geschützt und wurden von den Datenschutzbeauftragten der Länder geprüft.

Die Daten auf der Karte sind nicht veränderbar, weil sie mit einem Schreibschutz versehen sind.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat vor dem Hintergrund der elektronischen Datenübermittlung mit den für die Produktion der Karten beauftragten Herstellern eine vertragliche Vereinbarung über die ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen sowie über die Einhaltung der Sorgfaltspflicht zum Datenschutz getroffen. Mit Auftragsvergabe und Vertragsabschluss wurden die beauftragten Dienstleister – ungeachtet der ihnen ohnehin schon obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen – von den privaten Krankenversicherungen zum Datenschutz verpflichtet. Sie müssen die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes beachten und dürfen die an sie weitergeleiteten Daten nicht an Dritte weitergeben oder unbefugt, d.h. zu einem anderen als dem jeweiligen rechtmäßigen, zur Auftragserfüllung gehörenden Zweck verarbeiten oder nutzen. Sollten Sie dennoch der Übermittlung Ihrer persönlichen Daten (Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum) an ein Dienstleistungsunternehmen nicht zustimmen, genügt eine Mitteilung an uns. Wir werden dann Ihre Daten nicht weitergeben und somit die Herstellung der Karte unterbinden.

Der Einsatz der Central Card ist freiwillig, d.h. es ist Ärzten, Zahnärzten und Versicherten freigestellt, ob sie die Karte benutzen möchten oder nicht. Die Central Card ist ein Serviceangebot an alle Beteiligten im Gesundheitswesen.

§ 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.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

[...]

§ 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 nur 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.

[...]

§ 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.

- (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.

§ 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 Versicherungsnehmers 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.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

[...]

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen

Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilferechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

[...]

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

[...]

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 204 Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
 1. [...]
 2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basisarbit entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
- b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basisarbit die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basisarbit entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basisarbit, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basisarbit hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

[...]

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.
- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhe oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
- (5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

- (6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die

Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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.
- (3) 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 Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
- [...]
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

[...]

§ 12a Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

[...]

- (3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienerrmäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

Auszug Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung)

[...]

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
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 nach § 6 Abs. 7 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,

[...]

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte

[...]

- (1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie die Absätze 3 bis 5, 6 und 8 entsprechend. Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer zu entsprechen. Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten.

[...]

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 – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 1.1.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

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 Sonderisiken, 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 Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

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

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

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 Versicherungsmisbrauch.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs 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 Geldgänge 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:

- AachenMünchener Lebensversicherung AG
- AachenMünchener Versicherung AG
- Advocard Rechtsschutzversicherung AG
- Central Krankenversicherung AG
- COSMOS Lebensversicherungs-AG
- COSMOS Versicherung AG
- Deutsche Bausparkasse Badenia AG
- Dialog Lebensversicherungs-AG
- ENVIVAS Krankenversicherung AG
- Generali Deutschland Finanzdienstleistung GmbH
- Generali Deutschland Holding AG

- Generali Deutschland Immobilien GmbH
- Generali Deutschland Informatik Services GmbH
- Generali Deutschland Pensionsfonds AG
- Generali Deutschland Pensionskasse AG
- Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH
- Generali Deutschland Services GmbH
- Generali Deutschland SicherungsManagement GmbH
- Generali Investments Deutschland Kapitalanlagegesellschaft mbH
- Generali Lebensversicherung AG
- Generali Versicherung AG
- Volksfürsorge AG – Vertriebsgesellschaft für Vorsorge- und Finanzprodukte

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:

- Commerz Real Investmentgesellschaft mbH
- Europ Assistance Services GmbH
- Europ Assistance Versicherung AG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So können z.B. Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten vermitteln. 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. 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.

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.

Central Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
Telefax 02 21/16 36 - 2 00

www.central.de

Ein Unternehmen der  **GENERALI**
DEUTSCHLAND