

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Auslandsreisekrankenversicherung central.holiday. Sie kann als **Einzelversicherung** für eine Person (Tarif central.holidayE) oder als **Familienversicherung** für Eltern mit ihren Kindern bis 18 Jahre (Tarif central.holidayF) mit ständigem Wohnsitz in Deutschland abgeschlossen werden.

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Der gesamte verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus

- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif central.holidayE bzw. nach Tarif central.holidayF.
- dem Versicherungsschein
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen sowie
- Ihrem Antrag.

## 1. Art des Versicherungsvertrages

Es handelt sich um eine Auslandsreisekrankenversicherung (Krankheitskostenversicherung).

## 2. Was ist versichert?

Der Tarif central.holiday bietet Versicherungsschutz für alle privaten Auslandsreisen bis zu einer Dauer von acht Wochen und für alle geschäftlichen Auslandsreisen bis zu einer Dauer von zehn Tagen. Es werden folgende Aufwendungen übernommen:

- Behandlungs- und Heilmittelaufwand
  - Behandlungskosten durch zugelassene Ärzte
  - Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel
  - Aufwendungen für die Miete ärztlich verordneter Hilfsmittel (Ausnahme: Sehhilfen und Hörgeräte)
- Krankenhausaufenthalt
  - Aufwendungen für Behandlungen, Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus
- Zahnbehandlungen
  - Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung
  - Aufwendungen für einfache Reparaturen von Zahnersatz und Kronen
- Transporte
  - Aufwendungen für den Transport zum nächst erreichbaren Krankenhaus oder Notfallarzt
  - soweit erforderlich, auch Aufwendungen für den Transport vom Krankenhaus der Notfallversorgung ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus
  - Mehrkosten für einen Rücktransport, wenn
    - dieser medizinisch notwendig und ärztlich verordnet ist oder
    - ein Krankenhausaufenthalt voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde oder
    - die voraussichtlichen Behandlungskosten die Mehrkosten des Rücktransportes übersteigen würden
  - im Todesfall Aufwendungen für die Überführung an den Wohnsitz bis zu 10.000 Euro oder für die Bestattung im Ausland bis zu 10.000 Euro
- Bergung

Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung bis zu 2.500 Euro

**Nicht versichert** sind z.B.

- Behandlungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland
- Leistungen durch Behandelnde Personen, die nicht in den Bedingungen genannt sind (z.B. Heilpraktiker, Fußpfleger und nichtärztliche Chiropraktiker)
- Sehhilfen und Hörgeräte

Einzelheiten zu den Leistungen finden Sie in den §§ 1 und 4 AVB/central.holidayE bzw. AVB/central.holidayF.

## 3. Beitrag: Höhe, Fälligkeit und Folgen bei Nichtzahlung

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist abhängig vom gewählten Tarif.

Einzelversicherung (central.holidayE):

10,00 Euro pro Person / Jahr (Grundbeitrag)

Familienversicherung (central.holidayF):

23,00 Euro pro Familie / Jahr (Grundbeitrag)

Der Grundbeitrag erhöht sich für jede versicherte Person nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird, um 15,00 Euro. Für Personen, die zu Beginn ihrer Versicherung das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben, erhöht sich der Grundbeitrag um 40,00 Euro.

Der Erstbeitrag ist bei Abschluss des Versicherungsvertrags, der jeweilige Folgebeitrag zu Beginn eines jeden Verlängerungsjahres (vgl. Nr. 8) zu zahlen (siehe § 7 AVB/central.holidayE bzw. AVB/central.holidayF). Einzelheiten zum Abschluss sowie zur Dauer des Versicherungsvertrags finden Sie in § 3 AVB/central.holidayE bzw. AVB/central.holidayF.

Wird der erste Beitrag nicht gezahlt, kommt der Versicherungsschutz nicht zustande. Wird ein Folgebeitrag nicht oder nicht fristgerecht gezahlt, kann dies zum Verlust oder zur Einschränkung Ihres Versicherungsschutzes führen.

## 4. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- geplante oder gezielte Heilbehandlungen im Ausland
- für Behandlungen, deren Notwendigkeit vor Antritt der Reise bereits feststand
- eine regelgerecht verlaufende Schwangerschaft
- Psychotherapie und Psychiatrie
- Zahnersatz einschl. Kronen (Ausnahme: einfache Reparaturen), Inlays und Kieferorthopädie
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger

Einzelheiten finden Sie in § 5 AVB/central.holidayE bzw. AVB/central.holidayF.

## 5. Obliegenheiten bei Vertragsschluss

Sie haben keine vorvertraglichen Anzeigepflichten zu erfüllen.

## 6. Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit

Sie haben – mit Ausnahme der Beitragszahlung – keine besonderen Verpflichtungen während der Laufzeit des Vertrages zu erfüllen.

## 7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Es kann im Einzelfall z.B. erforderlich sein, dass die versicherte Person

- ihre Behandelnden Personen von der Schweigepflicht entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können,

- sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lässt,
- Beginn und Ende der Auslandsreise nachweist.

Bei Nichtbeachtung von Obliegenheiten können Sie – je nach Schwere des Verschuldens – Ihren Leistungsanspruch ganz oder teilweise verlieren.

Einzelheiten finden Sie in den §§ 8 und 9 AVB/central.holidayE bzw. AVB/central.holidayF.

#### **8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein (dies ist der Durchschlag Ihres Antrags) genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor

- Abschluss des Versicherungsvertrags,
- Erteilung der vorgesehenen Einzugermächtigung bzw. nicht vor Zahlung des Beitrags und
- Beginn des Auslandsaufenthaltes.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Der Vertrag wird zunächst für die Dauer von einem Jahr abgeschlossen; er verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn er nicht fristgerecht gekündigt wird.

Einzelheiten finden Sie in den §§ 2 und 3 AVB/central.holidayE bzw. AVB/central.holidayF.

#### **9. Ihre Möglichkeiten zur Beendigung des Vertrages**

Sie können Ihren Versicherungsvertrag ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres schriftlich kündigen (ordentliche Kündigung). Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Zudem haben Sie in besonderen Fällen (z.B. Beitragserhöhung) ein Recht zur außerordentlichen Kündigung.

Einzelheiten finden Sie in § 3 Abs. 2 und 3 sowie § 13 AVB/ central.holidayE bzw. AVB/central.holidayF.

### Inhaltsverzeichnis

1. Kundeninformationen
2. Allgemeine Versicherungsbedingungen
3. Anhang: Gesetzesauszüge
4. Erklärung zum Datenschutz
5. Widerrufsbelehrung

## 1. Kundeninformationen für den Onlineabschluss

### 1.1. 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

### 1.2. Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der Central ist der Vorstand.  
Dieser setzt sich wie folgt zusammen: Heinz Teuscher (Vorstandsvorsitzender), Oliver Brüß, Frank Hüppelshäuser, Hans-Herbert Rospleszcz.

### 1.3. 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.

### 1.4. 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.

### 1.5. Vertragsrelevante Unterlagen / Merkmale der Versicherungsleistungen

#### 1.5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

- Das Produktinformationsblatt enthält die Informationen, die für den Abschluss und die Erfüllung des Vertrages von besonderer Bedeutung sind.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) beschreiben die Versicherungsleistungen im Detail und enthalten alle sonstigen Regelungen.
- Ihre Angaben in unserem Online-Formular: Sie dienen insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes.
- Die Ihnen auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung, die Sie sich unbedingt ausdrucken sollten, dokumentiert den geschlossenen Versicherungsvertrag; sie gilt als Versicherungsschein.

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

### **1.5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen**

In der Reisekrankenversicherung ersetzt die Central im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, die im Zusammenhang mit einer Reise entstehen, und für sonstige vereinbarte Leistungen. Die Einzelheiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif central.holidayF (AVB/central.holidayE, Fassung Januar 2010). Diese AVB finden Sie unmittelbar hinter diesen Kundeninformationen.

### **1.5.3 Anwendbares Recht**

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

### **1.5.4 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.

### **1.6. Gesamtpreis der Versicherung (Versicherungsbeitrag)**

Der Beitrag wird im Online-Formular, im Produktinformationsblatt sowie in einer Übersicht, die Ihnen vor der Online-Absendung angezeigt wird, aufgeführt. In der Versicherungsbestätigung nennen wir ihn ebenfalls.

### **1.7. 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.

### **1.8. Beitragszahlung, Fälligkeit der Beiträge**

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an erhoben. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.

Der Erstbeitrag ist unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Absendung des Antrages an uns, zu zahlen. Der Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif kann nur abgeschlossen werden, wenn Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen. Daher gilt der erste Beitrag bis zum Eingang der Lastschrift bei dem von Ihnen angegebenen Geldinstitut als gestundet.

### **1.9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen**

Die an dieser Stelle zur Verfügung gestellten Informationen halten wir ständig für Sie aktuell.

### **1.10. Zustandekommen des Vertrages**

Sie füllen den Online-Antrag vollständig aus und senden ihn elektronisch an uns. Der Vertrag gilt, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Online-Formulars bei uns, bereits mit dem Tag der Absendung als zustande gekommen. Wenn Sie den Online-Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt haben, bestätigen wir Ihnen den Vertragsschluss postwendend auf elektronischem Weg. Der Versicherungsvertrag kommt endgültig erst zustande, wenn Sie innerhalb der Widerrufsfrist Ihr Widerrufsrecht nicht ausgeübt haben.

### **1.11. Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Über die Einzelheiten des Widerrufsrechts (z. B. zum Beginn der Widerrufsfrist und zur Ausübung des Widerrufsrechts) informieren wir Sie unter Nr. 5 dieser Kundeninformation sowie in der Versicherungsbestätigung.

### **1.12. Vertragslaufzeit**

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gekündigt werden (vgl. § 3 Abs. 2 AVB).

### 1.13. Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

Sie können Ihren Versicherungsvertrag ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (ordentliche Kündigung).

### 1.14. Anwendbares Recht/Gerichtsstand

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 außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Köln. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

### 1.15. Sprachen

Wir kommunizieren mit Ihnen in deutscher Sprache.

### 1.16. Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenden Sie sich bitte an uns, am besten an unseren 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.

## 2. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif central.holidayE (AVB/central.holidayE), Fassung Januar 2010

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

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Geltungsbereich eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Soweit Leistungen dafür vorgesehen sind und die Voraussetzungen des Abs. 1 vorliegen, gelten als Versicherungsfälle auch
  - a) der im Verlauf der Heilbehandlung medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Krankenrücktransport,
  - b) die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akuten regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung,
  - c) der Tod.

- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antragsvordruck, den gegebenenfalls zusätzlich getroffenen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden privaten Auslandsreisen, die eine versicherte Person innerhalb der Vertragsdauer unternimmt. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthalts darf dabei einen Zeitraum von 8 Wochen nicht übersteigen. Bei einem längeren Aufenthalt besteht Leistungspflicht nur für die ersten 8 Wochen des Auslandsaufenthalts.  
Bei Reisen, die ausschließlich oder überwiegend beruflichen Zwecken dienen, besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn die Auslandsreise einen Zeitraum von 10 Tagen nicht übersteigt. Endet das Versicherungsjahr (§ 3 Abs. 2) während des Auslandsaufenthalts, besteht der Versicherungsvertrag nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.
- (5) Der Versicherungsschutz gilt im Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person nicht ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.

## **§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes**

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor der Erteilung der vorgesehenen Einzugsermächtigung bzw. nicht vor Zahlung des Beitrags und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet, es sei denn, dass bei aus medizinischer Sicht bestehender Reisefähigkeit während des Auslandsaufenthalts eine behandlungsbedürftige akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt.
- (3) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts bzw. des Versicherungsverhältnisses. Der Versicherungsschutz endet darüber hinaus mit dem Ablauf der achten Woche eines Auslandsaufenthalts (s. § 1 Abs. 4).
- (4) Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsschutzes gemäß § 2 Abs. 3 aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Rückreise möglich ist.

## **§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags**

- (1) Aufnahmefähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland.
- (2) Der Versicherungsvertrag wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Bei Versicherungsverträgen, die erst nach Beginn einer Auslandsreise abgeschlossen werden, besteht Versicherungsschutz erst ab dem Beginn eines neuen Auslandsaufenthalts. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer bzw. durch den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (3) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach einem Jahr.
- (4) Je nachdem, welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung stellt, kann der Versicherungsvertrag wie folgt zustande kommen:
  - a) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags zustande.
  - b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular abgeschlossen und erfolgt die Beitragszahlung, gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrags als zustande gekommen. Ord-

nungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur dann, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrags, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Versicherungsnehmer gilt der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antrags.

- c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Vordrucks beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antrags.
- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des E-Mail-Versands) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Der Vertrag ist erst endgültig zustande gekommen, wenn innerhalb der gesetzlichen Frist kein Widerrufsrecht ausgeübt wurde.

- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (6) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag.

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

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 1 genannten behandelnden Personen verordnet, Arzneimittel zudem aus einer Apotheke bezogen werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern im Aufenthaltsland, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) 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.
- (5) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
  - a) ambulante ärztliche Untersuchung und Heilbehandlung.
  - b) Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder ständig genommen werden.

- c) die Miete medizinisch notwendiger und ärztlich verordneter Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden. Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte sind nicht erstattungsfähig. Ist eine Miete nicht möglich, werden die Aufwendungen für den Erwerb dieser Hilfsmittel in einfacher Ausführung erstattet.
- d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus.
- e) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus bzw. in das Krankenhaus, in dem eine notwendige Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt sowie der gegebenenfalls notwendige Transport von dem Krankenhaus, das zur Erstversorgung aufgesucht wurde, in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus.
- f) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (keine Inlays) sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz und Kronen, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen.

Außerdem sind erstattungsfähig:

- g) Bergungskosten bis zu 2.500 €, wenn die versicherte Person einen Unfall erleidet und deswegen gesucht, gerettet und geborgen werden muss und die Hilfeleistungen von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten erbracht werden.
- h) die Mehrkosten einer Rückführung,
  - wenn diese medizinisch notwendig ist (d. h. wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsgefährdung zu befürchten ist) oder
  - wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder
  - wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten, die beim normalen Verlauf der Reise nicht entstanden wären. Die Rücktransportkosten werden um die Rückreisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

Die Mehrkosten für eine Begleitperson sind ebenfalls erstattungsfähig, soweit die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Die Rückführung wegen medizinischer Notwendigkeit muss ärztlich verordnet sein, das Vorliegen einer der beiden anderen Alternativen ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

Die Rückführung erfolgt an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person in Deutschland oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung medizinisch erforderlich - an einen anderen Ort in Deutschland.

- i) die Bestattungskosten im Ausland oder die Kosten einer Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person bis zu 10.000 €.
- (6) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

### (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war.
  - b) für Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
  - c) für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.
  - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
  - e) für Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychiatrie und Psychotherapie.
  - f) für eine regelgerecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die Entbindung. Bei einem akuten regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf (regelwidrige Schwangerschaftsbeschwerden, Frühgeburten, Fehlgeburten) leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen. Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen. Im Falle einer Frühgeburt werden bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind auch die Kosten für die Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes übernommen.
  - g) für Maßnahmen zum Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, diese sind unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten.
  - h) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung).
  - i) für Zahnersatz einschl. Kronen und Inlays sowie für Kieferorthopädie.
  - j) für Hilfsmittel, die nicht den Regelungen des § 4 Abs. 5 Punkt c) entsprechen.
  - k) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen.
  - l) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird. Im Falle eines Unfalls sind auch die Kosten einer stationären Behandlung in einer Klinik, die zugleich Kur- und Rehabilitationseinrichtung ist, erstattungsfähig.
  - m) für Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet.
  - n) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Besteht Anspruch auf Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur gegen Abtretung eventueller Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung wegen der genannten Krankheiten und Unfälle nebst Folgen leistungspflichtig.
- (4) Besteht Anspruch auf Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. aus der gesetzlichen Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur gegen Abtretung dieses Anspruchs leistungspflichtig.

## **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Die entstandenen Aufwendungen sind durch ordnungsgemäße Originalrechnungen oder durch Rechnungsduplikate mit Erstattungsvermerk eines anderen Kostenträgers nachzuweisen. Die Rechnungsbelege müssen in jedem Fall den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person tragen, ferner die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen sowie die Behandlungsdaten. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk lesbar hervorgehen. Rechnungen über Heilmittel sind zusammen mit den Verordnungen der behandelnden Personen einzureichen.
- (3) Zum Nachweis eines notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.
- (4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.
- (5) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, sofern eine Verpflichtung nach Satz 3 nicht besteht. Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen.
- (6) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank, nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, gilt dieser Kurs.
- (7) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.
- (8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (9) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

## **§ 7 Beitragszahlung**

Der Beitrag gilt für ein Versicherungsjahr und ist bei Abschluss des Versicherungsvertrags, der jeweilige Folgebeitrag zu Beginn eines jeden Verlängerungsjahres zu zahlen. Für versicherte Personen bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres beträgt der Grundbeitrag 10,00 €. Dieser erhöht sich für versicherte Personen nach Vollendung des 70. Lebensjahres mit Wirkung für die folgenden Versicherungsjahre um 15,00 €. Für Personen, die zu Beginn ihrer Versicherung das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben, erhöht sich der Grundbeitrag um 40,00 €.

## **§ 8 Obliegenheiten**

- (1) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind dem Versicherer auf Verlangen im Leistungsfall nachzuweisen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder 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.

## **§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 aufgeführten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## **§ 10 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## **§ 11 Aufrechnung**

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

## **§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

## **§ 13 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge können vom Versicherer zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

## **3. Anhang: Gesetzesauszüge**

### **Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

#### **§ 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.

#### **§ 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 Auskunft- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

[...]

#### **§ 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.

## Auszug aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

### § 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

## 4. Erklärung zum Datenschutz

Mit Antragsstellung willigen Sie ein, dass wir im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitigen und künftigen Vertragsanbahnungen.

Sie willigen ferner ein, dass die Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung Ihrer Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben.

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

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willigen Sie weiter ein, dass die Vermittler Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Die Vertragsdaten werden gespeichert.

Diese Einwilligung gilt im Zusammenhang mit dem Merkblatt zur Datenverarbeitung, das Sie [hier](#) abrufen können.

## 5. Widerrufsbelehrung

### 5.1 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein (die Durchschrift dieses Antrags) und außerdem die in dem Prospekt, in den dieser Antrag integriert ist, enthaltenen Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Die Widerrufsfrist beginnt somit nach Ausfüllen und Absenden des Antrags. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln. Bei einem Widerruf per Telefax schicken Sie diesen an folgende Faxnummer: 0221 / 1636 – 200 oder per E-Mail an: [kundenservice@central.de](mailto:kundenservice@central.de).

## **5.2 Widerrufsfolgen**

Sie haben zugestimmt, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/365 des Jahresbeitrags. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

## **5.3 Besondere Hinweise**

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

## 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 Versicherungsgemeinschaft 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 Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Misbrauchs.

## 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 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:

- ☐ 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:

- ☐ Commerzbank AG
- ☐ Commerz Grundbesitz 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 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. 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. Berufsgheimnis 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](http://www.central.de)