

Antrag

central.pflege
central.pflegePlus

auf Abschluss oder Änderung einer
Pflegeversicherung
bei der Central Krankenversicherung AG
Hansaring 40 – 50, 50670 Köln

Antrag auf Abschluss oder Änderung einer Pflegeversicherung

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|-----------------------------|--|------------|---------------------|--------|--|-----|--|--|
| Kundennummer COMMERZBANK | | | VW Partner-Informationen | | Filiat-Nr. | | T/V UV | | SKZ | | |
| Stellen-Nr. | | | | | | Partner-Information | | | | | |

Neu
 Änderung
 Antragsdatum

| | | | |
|----|-------------------|--|------------------------------|
| FD | Versicherungs-Nr. | Kollektivvertrag/Abrechnungsgruppe/Mitglieds-Nr. | Telefon (Festnetz und Mobil) |
|----|-------------------|--|------------------------------|

| | | | |
|--|---|---|--------------|
| Name, Vorname, Titel des Antragstellers/Versicherungsnehmers | M | W | Geburtsdatum |
|--|---|---|--------------|

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Straße und Hausnummer | Nationalität/in Deutschland seit |
|-----------------------|----------------------------------|

| | | | |
|-----|--------------|---------|---------------------------|
| LKZ | Postleitzahl | Wohnort | Rentenversicherungsnummer |
|-----|--------------|---------|---------------------------|

| | |
|--------|-----------------------------|
| E-Mail | Steueridentifikationsnummer |
|--------|-----------------------------|

| | |
|---|---------------------------------------|
| Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche) | Geschäftsadresse/Arbeitgeberanschrift |
|---|---------------------------------------|

Selbstständig
 Arbeitnehmer
 Beihilfempfänger
 Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG)
 nicht erwerbstätig
 in Ausbildung

Abbuchungserlaubnis: Bei Zustandekommen eines Vertrages ermächtige ich die Central, bis auf Widerruf die Beiträge **monatlich** von folgendem Konto abzurufen:

| | | |
|-----------|--------------|---|
| Konto-Nr. | Bankleitzahl | Name und Ort des Geldinstitutes/Zweigstelle |
|-----------|--------------|---|

| | |
|--|--|
| Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller) | Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller) |
|--|--|

Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen, falls nichts anderes vereinbart wird.

A Zu versichernde Personen

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-----|
| Person 1 | | | |
| Name, Vorname, Titel der zu versichernden Person, ggf. Geburtsname | Rentenversicherungsnummer | Geburtsdatum | M W |
| Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche) | Steueridentifikationsnummer | <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beihilfempfänger <input type="checkbox"/> Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung | |
| Nationalität/in Deutschland seit | | | |
| Person 2 | | | |
| Name, Vorname, Titel der zu versichernden Person, ggf. Geburtsname | Rentenversicherungsnummer | Geburtsdatum | M W |
| Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche) | Steueridentifikationsnummer | <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beihilfempfänger <input type="checkbox"/> Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung | |
| Nationalität/in Deutschland seit | | | |

B Zu versichernde Tarife

Person 1

Name, Vorname: _____

| | Vers. ab 1. Monat | Jahr | Tarifbezeichnung | Versicherungsleistung | Tarifform | Tarifbeitrag | Gutschrift | Beitragszuschlag | zu zahlender mtl. Beitrag |
|--------------------------|-------------------|------|---------------------------|-----------------------|-----------|--------------|------------|------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | | | central.pflege | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | central.pflegePlus | | | | | | |

Person 2

Name, Vorname: _____

| | Vers. ab 1. Monat | Jahr | Tarifbezeichnung | Versicherungsleistung | Tarifform | Tarifbeitrag | Gutschrift | Beitragszuschlag | zu zahlender mtl. Beitrag |
|--------------------------|-------------------|------|---------------------------|-----------------------|-----------|--------------|------------|------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | | | central.pflege | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | central.pflegePlus | | | | | | |

Person 1, entfallende Tarife

Person 2, entfallende Tarife

| | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| Beitrag neue Tarife | | | |
| Beitrag verbleibende Tarife | | | |
| neuer monatlicher Gesamtbeitrag | | | |

C Wartezeiten

Ein Wartezeiterlass ist in der Pflegezusatzversicherung grundsätzlich nicht möglich.

D Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (nur für Tarif central.pflege)

Hiermit bestätige ich ausdrücklich, dass für die zu versichernde(n) Person(en) folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bisher wurden keine Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz oder aufgrund von Pflegebedürftigkeit bezogen
- Es besteht Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung
- Es besteht kein zulagenberechtigter Pflegetarif bei einem anderen Unternehmen
- Das 18. Lebensjahr ist vollendet
- Der Wohnsitz und der gewöhnliche Aufenthalt sind in Deutschland

Ich verpflichte mich, alle Änderungen in Bezug auf diese Voraussetzungen der Central unverzüglich nach deren Eintritt in Textform mitzuteilen.

Bitte beachten Sie: Falls eine der Voraussetzungen nicht erfüllt ist, ist der Abschluss des Tarifs central.pflege leider nicht möglich.

Mit Abschluss der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung bevollmächtigen Sie die Central, die staatliche Pflegevorsorgezulage für die versicherte Person jährlich bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu beantragen. Bitte beachten Sie, dass bei Widerruf der entsprechenden Bevollmächtigung die staatliche Pflegevorsorgezulage nicht beantragt werden kann, da eine Beantragung durch die versicherte Person gesetzlich nicht vorgesehen ist.

E Fragen an die zu versichernde(n) Person(en) (nur für central.pflegePlus)

Um Ihren Antrag auf Abschluss des Tarifs central.pflegePlus prüfen zu können, benötigen wir Antworten auf einige Fragen. Bitte beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Die Verletzung der Anzeigepflicht kann z.B. dazu führen, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben und trotzdem Beiträge zahlen müssen. Beachten Sie dazu bitte unsere gesonderte Mitteilung „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“ auf Seite 8 dieses Formulars.

Wird Frage 3 mit JA beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer in Abschnitt F genaue Angaben zu machen. Es ist ebenfalls anzugeben, was ausgeheilt ist, auch wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, sondern nur Diagnostik, Beratungen, Untersuchungen oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden.

Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Central unverzüglich in Textform anzuzeigen.

| | | Person 1 | Person 2 |
|----|--|---|---|
| 1. | Wurden jemals Leistungen in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung beantragt bzw. besteht eine anerkannte Schwerbehinderung von mindestens 50 % (GdB) oder beziehen Sie Leistungen aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 2. | Wurde Ihnen in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Diagnosen gestellt oder wurden Sie in diesem Zeitraum aufgrund einer der folgenden Diagnosen ärztlich oder medikamentös behandelt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | Alzheimer, Demenz, Lähmungen, Muskelschwäche/-schwund, Multiple Sklerose, Parkinson, Tremor, Epilepsie, Amyotrophische Lateralsklerose (ALS), Chorea Huntington, Rückenmarkerkrankung/-schädigung, Rheuma, Polyarthrit, Polyneuritis, Osteoporose mit Fraktur | | |
| | Krebs, Diabetes, Alkoholismus, Leberzirrhose, Schizophrenie, Manische Depression, Koma, Mukoviszidose, Verlust von zwei oder mehr Gliedmaßen (Arm/Bein), Down-Syndrom, Spina bifida, Hydrozephalus, HIV-Infektion | | |
| | Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris, Schlaganfall, Arteriosklerose, Verschluss der Arteria Carotis, Hirn-/Hirnhautblutung, Schädelhirntrauma II. und III. Grades, Lungenembolie, chronische Niereninsuffizienz, Hydronephrose, Organtransplantation | | |
| | Hinweis: Falls eine der Fragen 1 und 2 mit „Ja“ beantwortet wird, ist der Abschluss des Tarifs central.pflegePlus leider nicht möglich. | | |
| 3. | Ab Alter 60: Bestehen oder bestanden Erkrankungen aufgrund derer in den letzten drei Jahren ambulante oder stationäre Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen, Operationen, Psychotherapien oder medikamentöse Therapien stattgefunden haben? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| | Bitte fügen Sie ab Alter 60 immer den ärztlichen Untersuchungsbericht VE 384 bei. | | |

F Ergänzende Angaben zu Gesundheitsfrage 3 in Abschnitt E

Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, bitte weitere Angaben auf einem Beiblatt machen. Beiblatt: Nein Ja

| zu Person | Art der Krankheiten, Diagnosen, Beschwerden, Untersuchungen (auch Kontrolle), Beratungen, Behandlungen, Medikamente | Ambulante Behandlungen von – bis | Stationäre Behandlungen von – bis | Ausgeheilt | | Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, Heilpraktikers, Psychologen, Krankenhauses/der Kurklinik |
|-----------|---|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------|---|
| | | | | Ja | seit | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |

G Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht, bestand oder wurde in den letzten drei Jahren eine der folgenden Versicherungsarten für eine der zu versichernden Personen beantragt (auch Central angeben)?

Nein Ja (wenn ja, bitte angeben) **A** Gesetzliche Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) · **B** Pflegezusatzversicherung

| Person | Art A · B | Gesellschaft/Kasse | von | bis | Pflegetarifbezeichnung | Pflegegeld | wer kündigte? | |
|--------|-----------|--------------------|-----|-----|------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | | | VN | VU |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Hat ein Krankenversicherer (auch Central) für Sie oder die mitzuversichernde Person in den letzten 3 Jahren einen Vertragsschluss abgelehnt? Nein Ja

| | | | |
|--------|-------|--------------|---------------------------------------|
| | | | |
| Person | wann? | Gesellschaft | Wenn Central, bitte Vers.-Nr. angeben |
| | | | |
| Person | wann? | Gesellschaft | Wenn Central, bitte Vers.-Nr. angeben |

1. Gemeinsame Datensammlungen/Beratung und Betreuung

Ich willige ein, dass die Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen. Diese Einwilligung zur Verarbeitung meiner allgemeinen Daten gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanz-Dienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Informationen überlassen wird.

2. Werbung, Markt- und Meinungsforschung

Ich bin damit einverstanden, dass die Central und die mit meiner Betreuung beauftragten und im Datenschutzmerkblatt genannten Vertriebspartner meine Personen- und Kontaktdaten sowie produktbezogene Daten, mit Ausnahme der Angaben zu meinen Gesundheitsverhältnissen, zum Zwecke der Werbung sowie Markt- und Meinungsforschung verarbeiten und nutzen und mich per Telefon, Fax oder E-Mail über ähnliche oder ergänzende Leistungen zur Risikoabsicherung (Haftpflicht-, Personen- und Sachversicherungen), Altersvorsorge oder Kapitalanlage informieren. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ein Widerruf hat weder Einfluss auf den Abschluss noch auf den Bestand meiner Versicherungsverträge.

3. Kundenzufriedenheitsbefragung

Ich bin – jederzeit widerruflich – damit einverstanden, dass die Central oder ein von ihr sorgfältig ausgesuchtes und auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtetes Marktforschungsunternehmen zum Zwecke der Befragung über meine Zufriedenheit mit dem Service der Central telefonisch oder auf elektronischem Wege Kontakt zu mir aufnimmt; dem Dienstleister werden ausschließlich die zur Befragung erforderlichen Daten zur Verfügung gestellt, also keine Gesundheitsdaten.

4. Bonität/Scoring

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Central zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden bezieht und verarbeitet. Überdies bezieht und verarbeitet die Central zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten von der SCHUFA AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden.

5. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Hinweis: Der folgende Text einer Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2012 zwischen dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Central Krankenversicherung AG (nachfolgend „Central“) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Central Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der privaten Krankenversicherung benötigt die Central Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister etc. weiterzuleiten.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Central unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Central selbst (unter 5.1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 5.2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Central (unter 5.3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 5.4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

5.1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Central

Ich willige ein, dass die Central die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

5.2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**5.2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Central benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärung bereits hier erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Central – soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Central übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Central an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Central tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Central in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Central einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Central einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Central konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

5.2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Central konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

5.3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Central

Die Central verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

5.3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Central benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Central meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Central zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Central tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

5.3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Central führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Posteingangsbearbeitung und die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, ganz oder teilweise nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Generali Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Central Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Central führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Central erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter (www.central.de/Datenschutz) eingesehen oder bei Abteilung Unternehmenskommunikation, Hansaring 40-50, 50670 Köln, Tel. 0221-16360, unternehmenskommunikation@central.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Central Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Central meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Central dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Generali Deutschland Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

5.3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Central Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Central Ihren Versi-

cherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Central aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Central das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Central unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Central tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

5.3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Central gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Central meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

5.4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Central Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Central speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Central bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Central meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

I Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ und die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ auf den Seiten 8 und 9 dieses Antrages, die mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages und damit gleichzeitig wichtiger Bestandteil des Vertrages werden. Eine Durchschrift des Antrages wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller/in oder mitzuversichernde Person

Ort, Datum Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Wenn Sie innerhalb eines Monats weder den Versicherungsschein noch eine Nachricht von der Central erhalten, verständigen Sie uns bitte.

J

Empfangsbestätigung (Folgende Unterlagen habe ich erhalten)

- Tarife mit AVB, Kundeninformation mit Informationsblatt BaFin
- Beratungsdokumentation/Verzichtserklärung zu diesem Antrag
- Produktinformationsblatt (PIB)

Ort, Datum, Unterschrift (Vorname, Name) des Antragstellers

Erklärung des Antragvermittlers: Ich erkläre, dass mir keine weiteren Mitteilungen über frühere oder noch bestehende Erkrankungen gemacht worden sind. Anzeichen von Krankheiten, Gebrechen oder Anomalien habe ich nicht bemerkt. Die Richtigkeit der Unterschriften bestätige ich. Eine Durchschrift des Antrages wurde dem Antragsteller ausgehändigt.

Ort, Datum, Unterschrift des Antragvermittlers

Anlage zur Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung (5.3.2)

Liste der Dienstleister

Die Central Krankenversicherung AG (im folgenden Central genannt) arbeitet unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/Personen) zusammen:

| Unternehmen | Übertragene Aufgaben |
|---|--|
| Generali Deutschland Holding AG | Konzernrevision, Rechnungswesen, Steuern |
| Generali Deutschland Informatik Services GmbH | IT-Dienstleistungen wie z. B. Bereitstellung Software und Kommunikationsmittel, Betreuung Server, Erstellung IT-Sicherheitskonzept |
| Generali Deutschland Services GmbH | Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck und Versand, Eingangspostbearbeitung einschließlich Scannen und Archivierung, Logistik |
| Europ Assistance Services GmbH Europ Assistance Versicherungs AG | Telefonischer Kundenservice, Assistance bei Auslandsreisekrankenversicherung, CentralMed-Gesundheitstelefon, Arzneimittelhotline |
| Compass Private Pflegeberatung GmbH | Pflegeberatung |
| Medicproof GmbH | Medizinische Begutachtung Pflegepflichtversicherung |
| Almeda GmbH | Durchführung von Gesundheitsprogrammen bei bestimmten Krankheitsbildern |
| Dr. Walter GmbH | Vertrieb und Vertragsabwicklung von Reisekrankenversicherungen |
| Henner-GMC International, Paris | Vertrieb und Vertragsabwicklung (nur Firmenkundengeschäft) |
| Vanbreda International NV, Antwerpen | Vertrieb und Vertragsabwicklung (nur Firmenkundengeschäft) |

Darüber hinaus arbeitet die Central mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

| Stellen | Tätigkeiten |
|--|---|
| Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser | Gutachter und Sachverständige zu medizinischen Fragen; Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen |
| Beratungsunternehmen | Unterstützung und Beratung u. a. in Leistungs- und Abrechnungsfragen (In- und Ausland), zur Betrugserkennung, zu Gesundheitsprogrammen; IT-Dienstleistungen |
| Dienstleister für Hilfsmittelversorgung | Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln einschließlich Service |
| Callcenter | Telefonischer Kundendienst |
| Letter-Shops | Serienbrief-Erstellung, Durchführung von Mailingaktionen |
| Markt- und Meinungsforschungsunternehmen | Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung |
| Servicekartenhersteller | Herstellung Card für Privatversicherte |
| Rückversicherer | Rückversicherung |
| Übersetzungsbüros | Übersetzung fremdsprachiger Dokumente |
| Detekteien | Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Einzelfällen |
| Wirtschaftsauskunfteien, Adressermittler | Einholung von Auskünften bei Antragstellung und Forderungsmanagement |
| Inkassounternehmen | Beitreibung von Prämienforderungen |

Stand: September 2012

Die aktuelle Liste der Dienstleister finden Sie im Internet unter www.central.de/Datenschutz. Sie kann auch per Post oder telefonisch angefordert werden.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Für alle Verträge, die nicht der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dienen, gilt: Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Kündigung nicht zu.

Unser Kündigungsrecht ist auch dann ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten oder weil Ihr Vertrag der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dient, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Was ist für Sie sonst noch wichtig?

1. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

2. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

I. Erklärung zur beantragten Versicherung

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind dieser Antrag, die gewählten Tarife mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der auszustellende Versicherungsschein. Nebenabreden sind nur gültig, wenn sie von der Central schriftlich bestätigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder die Central schriftlich die Annahme des Antrages erklärt.

2. Widerrufsbelehrung

a) Widerrufsrecht

Ich kann meine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem ich den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten habe. 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.

b) Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und die Central erstattet mir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn ich zugestimmt habe, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf die Central in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

c) Besondere Hinweise

Mein Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf meinen ausdrücklichen Wunsch sowohl von mir als auch von der Central vollständig erfüllt ist, bevor ich mein Widerrufsrecht ausgeübt habe.

3. Mindestvertragsdauer/Versicherungsjahr

Bedingungsgemäß wird der Vertrag in der Pflegegeldversicherung und in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung vom beantragten Versicherungsbeginn für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

4. Beginn des Versicherungsschutzes/Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt regelmäßig mit dem im Versicherungsantrag und im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Werden zu bereits bestehenden Versicherungen zusätzliche Versicherungen oder Höherstufungen vereinbart, sind insoweit die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen.

Wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Versicherungsschutz bei Neugeborenen und bei adoptierten Kindern bereits mit der Geburt oder Adoption beginnen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

ES BETREUT SIE:

CENTRAL KRANKENVERSICHERUNG AG

Hansaring 40–50

50670 Köln

Telefon +49 (0)221 1636-0

Telefax +49 (0)221 1636-200

www.central.de

Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40–50 · 50670 Köln, Telefon +49 (0)221 1636-0, Telefax +49 (0)221 1636-200
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. h.c. (RUS) Dr. Wolfgang Kaske
Vorstand: Heinz Teuscher (Vors.), Frank Hüppelshäuser, Hans-Herbert Rospleszcz
Sitz: Köln, Amtsgericht Köln HRB93