

für Person: _____

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenversicherung. Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Der gesamte verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus

- den Bestimmungen des oben genannten Tarifs
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen – Rahmenbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (RB/KK 2009) und Tarifbedingungen (TB/KK 2009) –
- dem Versicherungsschein
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen sowie
- je nach Art des Vertragsabschlusses
 - Ihrer CentralAnfrage in Verbindung mit dem CentralAngebot oder
 - Ihrem CentralAntrag.

1. Art des Versicherungsvertrages

Es handelt sich um eine Krankheitskostenvollversicherung.

2. Was ist versichert?

Der Tarif BSSN bietet Ihnen Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Schwangerschaft und Entbindung). Entstehende Kosten werden wie folgt erstattet:

- ambulant
100 % der Aufwendungen für ärztliche Leistungen (außer Psychotherapie und Heilpraktikerleistungen), Arznei-, Verband- und Hilfsmittel (gemäß Hilfsmittelkatalog, ggf. Miete, summenmäßige Begrenzung für Sehhilfen), Hebammenleistungen, Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen (summenmäßige Begrenzung);
90 % der Aufwendungen für Heilmittel;
- stationär
100 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (Unterbringung im Mehrbettzimmer), belegärztliche Leistungen, Hebammenleistungen und Transport zum/vom Krankenhaus bis 100 km;
- Zahn
unter Beachtung der summenmäßigen Begrenzungen für zahnärztliche Behandlung:
100 % der Aufwendungen für Zahnbehandlung und Prophylaxe;
60 % der Aufwendungen für Zahnersatz (einschl. Implantate, Inlays und Zahnkronen) und Kieferorthopädie (Einschränkungen in der Ausführung, summenmäßige Begrenzung für Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Kieferorthopädieleistungen);
- Gebührenordnung GOÄ/GOZ
Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ/GOZ
- Fortführung
Fortführung der Versicherung nach Tarif EKE250 bei Wegzug aus den neuen Bundesländern einschl. Ost-Berlin.

Die summenmäßige Selbstbeteiligung beträgt

_____ Euro

je Person und Kalenderjahr.

Nicht versichert sind z.B.

- kosmetische Leistungen
- ambulante Psychotherapie
- Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen und deren Verordnungen
- Leistungen durch Behandler, die nicht in den Bedingungen genannt sind (z.B. Fußpfleger und nichtärztliche Chiropraktiker)

- Aufenthalte in Kliniken, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, wenn wir Ihnen nicht vorher die Leistungen schriftlich zugesagt haben
- alternative Behandlungsmethoden, die sich nicht praktisch bewährt und keine allgemeine Anerkennung gefunden haben
- Leistungen der Pflegeversicherung

Einzelheiten zu den Leistungen finden Sie im Tarif BSSN sowie in den RB/KK 2009, insbesondere in den §§ 1 und 4, und in den TB/KK 2009.

3. Beitrag: Höhe, Fälligkeit und Folgen bei Nichtzahlung

Ihr zu zahlender Beitrag für diesen Tarif beträgt monatlich

_____ Euro.

Dieser Betrag vermindert sich, soweit noch ein Übertragungswert gem. § 13a der Kalkulationsverordnung (KalV) zu berücksichtigen ist. Er kann sich erhöhen, wenn ein uns mitgeteilter und bereits berücksichtigter Übertragungswert tatsächlich geringer ausfällt. Er kann sich außerdem um einen individuell zu vereinbarenden Zuschlag erhöhen, wenn das Ergebnis der Gesundheitsprüfung dies erfordert.

Der Beitrag ist jeweils zum Monatsersten fällig, erstmals am

_____.

Ab diesem Zeitpunkt besteht unter Beachtung evtl. Wartezeiten Versicherungsschutz, es sei denn, der Vertrag wurde erst später geschlossen.

Wird der erste Beitrag oder ein Folgebeitrag nicht oder nicht fristgerecht gezahlt, kann dies zur Einschränkung Ihres Versicherungsschutzes führen, auch wenn Sie die Zahlung später nachholen. Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen.

Einzelheiten finden Sie in § 9 RB/KK 2009.

4. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger
- Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder
- das medizinisch notwendige Maß übersteigende Behandlungen
- Behandlungen, soweit die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Einzelheiten finden Sie in § 5 RB/KK 2009.

5. Obliegenheiten bei Vertragsschluss

Die im CentralAntrag bzw. der CentralAnfrage gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich zu beantworten. Dies gilt auch für Erkrankungen und Beschwerden, die Sie für unwesentlich halten.

Wenn Sie diese Obliegenheiten nicht beachten, kann dies schwerwiegende Konsequenzen haben. So können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren und wir können berechtigt sein, uns vom Vertrag zu lösen oder ihn einseitig abzuändern.

Einzelheiten finden Sie in den "Wichtigen Hinweisen zur Anzeigepflicht" am Ende des CentralAntrags oder der CentralAnfrage und in § 19 Versicherungsvertragsgesetz (siehe „Kundeninformation“).

6. Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit

Während der Vertragslaufzeit ist es wichtig, dass Sie uns über eine Änderung Ihrer Anschrift informieren. Ansonsten gelten Einschreiben an Ihre alte Adresse drei Tage nach Absendung als zugegangen.

Auch wenn eine in Ihrem Vertrag versicherte Person der gesetzlichen Krankenversicherung beiträgt oder bei einer anderen privaten Krankenversicherung

ung eine weitere Krankheitskostenversicherung abschließt, ist uns dies mitzuteilen. Bei Nichtbeachtung dieser Obliegenheiten können wir – je nach Schwere des Verschuldens – ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei sein.

Einzelheiten finden Sie in den §§ 13 und 14 RB/KK 2009.

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 Behandler von der Schweigepflicht entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können,
- sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lässt.

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

Einzelheiten finden Sie in den §§ 13 und 14 RB/KK 2009.

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in Nr. 3 genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. In der Regel sind Wartezeiten jedoch nicht zu erfüllen, z.B. bei Wechsel des privaten Krankenversicherers, Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder wenn Sie wegen eines Unfalls behandelt werden müssen. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Danach besteht Versicherungsschutz für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses, also auf unbestimmte Zeit.

Einzelheiten finden Sie in den §§ 2, 3 und 8 RB/KK 2009.

9. Ihre Möglichkeiten zur Beendigung des Vertrages

Eine Kündigung ist für Sie im Allgemeinen mit Nachteilen verbunden, z.B. teilweiser oder vollständiger Verlust der Alterungsrückstellung, höheres Eintrittsalter und erneute Gesundheitsprüfung bei einem Wechsel des Versicherers. Selbstverständlich können Sie aber Ihren Versicherungsvertrag – unter Beachtung der Mindestvertragsdauer von zwei Jahren – ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (ordentliche Kündigung). Zudem haben Sie in besonderen Fällen (z.B. Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, Beitragserhöhung) ein Recht zur außerordentlichen Kündigung.

In der Pflichtversicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (Krankheitskostenvollversicherung) müssen Sie uns für die Wirksamkeit der Kündigung eine Folgeversicherung bei einem neuen Versicherer nachweisen.

Einzelheiten finden Sie in § 17 RB/KK 2009.

10. Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der sonstigen Kosten

Die Central ist eine der finanzstärksten Krankenversicherungen Deutschlands. Dies wird seit Jahren durch unabhängige Ratings bestätigt. Das bedeutet: Sie können einem Unternehmen vertrauen, auf das auch langfristig Verlass ist.

Neben der unter Nr. 3 genannten Prämie entstehen Ihnen keine weiteren Kosten. Dennoch geben wir Ihnen im Folgenden einen Überblick über die Kosten, die in der Prämie enthalten sind.

Als Gesundheitsspezialist bieten wir Ihnen einen umfangreichen Service rund um Ihren Krankenversicherungsschutz:

- Disease-Management bei chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes)
- Assistance-Leistungen bei Auslandsreisen

- Case-Management bei bestimmten schweren Erkrankungen (z.B. Schlaganfall)
- bei Angestellten: automatische Zusendung der Bescheinigungen für den Arbeitgeberzuschuss
- aktuelle Informationen (z.B. zu neuen Tarifen) in der Jahresmitteilung „Notizen“
- ein umfangreiches Hilfsmittelmanagement

Diese Leistungen sind für Sie nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden, auch wenn Sie sie häufiger in Anspruch nehmen. Denn alle Service- und Verwaltungskosten sind bereits in den Beitrag eingerechnet. Konkret betragen die im monatlichen Tarifbeitrag enthaltenen Service- und Verwaltungskosten derzeit

_____ Euro.

Ebenfalls in die Prämie einkalkuliert sind die Abschluss- und Vertriebskosten (unmittelbare Abschlusskosten), die unter anderem die Vergütung für die individuelle Beratung durch den Vermittler umfassen. Im Tarifbeitrag sind diese mit

_____ Euro

enthalten. Diese Kosten werden aus den über die gesamte Laufzeit des Vertrages gezahlten Prämien finanziert.

Außerdem sind die sog. mittelbaren Abschlusskosten, die z.B. für die Antragsbearbeitung, Policierung, Werbung anfallen, in Ihre Prämie eingerechnet. Diese betragen derzeit monatlich

_____ Euro.

Auch diese Kosten werden Ihnen nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Zusatzinformation für die substitutive Krankenversicherung

Beitragsentwicklung in der Vergangenheit (Beispiel)

Im Folgenden erhalten Sie eine Übersicht über die Beitragsentwicklung Ihres Tarifs für die vorangegangenen zehn Jahre. Der Tabelle können Sie entnehmen, wie sich die zu zahlende Prämie (ohne gesetzlichen Beitragszuschlag und sonstige Zusatzbeiträge) entwickelt hätte, wenn der Tarif vor zehn Jahren mit einem Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre.

Wird der von Ihnen gewählte Tarif seit weniger als zehn Jahren angeboten, erhalten Sie zusätzlich Informationen über die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs. Bitte beachten Sie, dass die Aussagekraft dieser Darstellung insbesondere in diesem Fall begrenzt ist und nur einen bedingten Rückschluss auf die zukünftige Beitragsentwicklung zulässt.

Tarif	BSSN	
	Mann	Frau
2001	97,92	132,22
2002	97,92	132,22
2003	106,49	146,86
2004	106,49	146,86
2005	106,49	146,86
2006	106,49	146,86
2007	106,49	146,86
2008	116,89	161,95
2009	116,89	161,95
2010	151,95	181,03