

CentralAntrag

Abschluss oder Änderung
einer Krankenzusatzversicherung

www.central.de

CentralAntrag auf Krankenzusatzversicherung



Hansaring 40-50 · 50670 Köln

Neu Änderung

Antragsdatum

Barcode

FD	Versicherungs-Nr.	Kollektivvertrag/Abrechnungsgruppe/Mitglieds-Nr.	Telefon
----	-------------------	--	---------

Name, Vorname, Titel des Antragstellers/Versicherungsnehmers	Geburtsdatum
--	--------------

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

LKZ	Postleitzahl	Wohnort	M	W
-----	--------------	---------	---	---

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche)	E-Mail
---	--------

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

Selbstständiger Arbeitnehmer
 Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG) seit Nicht erwerbstätig
 In Ausbildung

Konto-Nummer	Bankleitzahl	Name und Ort des Geldinstituts/Zweigstelle
--------------	--------------	--

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

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

A Zu versichernde Person(en)		Tarife	Tarifbeitrag	BZ
1) Name, Vorname		<input type="checkbox"/> central.prodent <input type="checkbox"/> central.akut <input type="checkbox"/> GZE1 <input type="checkbox"/> GZE2 <input type="checkbox"/> GZEX1 <input type="checkbox"/> GZEX2 <input type="checkbox"/> central.unfall <input type="checkbox"/> EKTZ € _____ <input type="checkbox"/> EPTN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 € _____ <input type="checkbox"/> BestAktiv		
Vers.-Beginn				
Geburtsdatum				
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> In Ausbildung				
Nationalität/in Deutschland seit:	Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche)			
2) Name, Vorname		<input type="checkbox"/> central.prodent <input type="checkbox"/> central.akut <input type="checkbox"/> GZE1 <input type="checkbox"/> GZE2 <input type="checkbox"/> GZEX1 <input type="checkbox"/> GZEX2 <input type="checkbox"/> central.unfall <input type="checkbox"/> EKTZ € _____ <input type="checkbox"/> EPTN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 € _____ <input type="checkbox"/> BestAktiv		
Vers.-Beginn				
Geburtsdatum				
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> In Ausbildung				
Nationalität/in Deutschland seit:	Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche)			
3) Name, Vorname		<input type="checkbox"/> central.prodent <input type="checkbox"/> central.akut <input type="checkbox"/> GZE1 <input type="checkbox"/> GZE2 <input type="checkbox"/> GZEX1 <input type="checkbox"/> GZEX2 <input type="checkbox"/> central.unfall <input type="checkbox"/> EKTZ € _____ <input type="checkbox"/> EPTN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 € _____ <input type="checkbox"/> BestAktiv		
Vers.-Beginn				
Geburtsdatum				
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> In Ausbildung				
Nationalität/in Deutschland seit:	Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche)			
Arbeitgeber, wenn EKTZ beantragt wird		Monatlicher Gesamtbeitrag:		
Pers.	Pers.			

Partnerinformation				
Kundennummer COMMERZBANK	VW	Filial-Nr.	T/V UV	SKZ

Direktbetreuung	Sonderbetreuung	Auswertungssperre	Partnerinformationen	Stellenummer
-----------------	-----------------	-------------------	----------------------	--------------

Original: HV, 1. Kopie: Vermittler, 2. Kopie: Kunde



VE 272 11.09 5321

B Gesundheitsangaben (Jede Frage ist für alle zu versichernden Personen zu beantworten)

Um Ihren Antrag 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“ am Ende dieses Formulars.

Wird eine Frage mit JA beantwortet, sind unter Anführung der entsprechenden Personenziffer nachstehend 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 Arznei-

mittel eingenommen wurden. Striche oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung. Falls eine zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so sind diese der Central unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Für den Tarif central.unfall entfällt die Beantwortung der Gesundheitsfragen.

Für die Tarife central.prodent und BestAktiv bitte nur Frage 5 beantworten.

Die Fragen 1–5 sind generell für alle anderen beantragten Tarife zu beantworten!

	Person 1		Person 2		Person 3	
	NEIN	JA	NEIN	JA	NEIN	JA
1. Körpergröße in cm / Körpergewicht in kg						
2. Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen (einschließlich Kontrolluntersuchungen und Arzneimittelbehandlungen) durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Behandler durchgeführt? Sind solche beabsichtigt oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bestehen noch Krankheiten (auch chronische) oder Beschwerden, Anomalien, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis C) oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wird eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) getragen oder ist eine solche notwendig oder angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Anzahl der noch nicht ersetzten fehlenden natürlichen Zähne (ohne Weisheits- und Milchzähne).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	Anzahl	keine	Anzahl	keine	Anzahl

Die Frage 6 ist zusätzlich bei Beantragung der Tarife central.akut, GZE2, GZEX2, EPTN und EKTZ > 21,00 Euro zu beantworten!

6. Haben in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte (z. B. Krankenhaus, Reha- oder Kurklinik) stattgefunden oder wurden solche angeraten bzw. beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Reicht der vorgesehene Raum nicht aus, sind weitere Angaben auf einem Beiblatt zu machen.

Beiblatt:

Nein

Ja

zu Person	zu Frage	Art der Krankheiten (Diagnosen), Beschwerden, Unfallfolgen, Gebrechen, Anomalien, Operationen und Zahnersatz	Ambulante Behandlungen/AU von – bis	Stationäre Behandlungen von – bis	Ausgeheilt			Name, Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
					Ja	Seit M J	Nein	
					<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"/>	

Bitte beachten Sie: Für bereits begonnene, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

C Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht, bestand oder wurde in den letzten 3 Jahren eine der folgenden Versicherungsarten für eine der zu versichernden Personen beantragt (auch Central angeben)?

Nein Ja (wenn ja, bitte angeben) A Gesetzliche Krankenversicherung · B Private Krankenversicherung · C Pflegeversicherung · D Pflegezusatzversicherung

Person	Art A · B · C · D	Gesellschaft/Kasse	von	bis	mit KHT	mit KT	ab Tag	Pflegetarif- bezeichnung	Pflegegeld	wer kündigte? VN VU	
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Central, bitte Vers.-Nr. angeben:

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

Hat ein Krankenversicherer (auch Central) für Sie oder eine der zu versichernden Personen in den letzten 3 Jahren einen Vertragsschluss abgelehnt?

Nein Ja

Personen:

wann?

Gesellschaft:

D Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die „Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ und die „Wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“, die mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages und damit gleich-

zeitig wichtiger Bestandteil des Vertrages werden. Eine Durchschrift des Antrages wird Ihnen nach Unterzeichnung sofort ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschriften (Vorname, Name) des Antragstellers, der volljährigen Mitversicherten/gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

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

E Empfangsbestätigung (Folgende Unterlagen habe ich erhalten)

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

Erklärung des Versicherungsvermittlers: 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 (Vorname, Name) des Antragstellers

Ort, Datum, Unterschrift des Antragvermittlers

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 haben. 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 zurückzuzahlender 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

Der Vertrag wird bedingungsgemäß in der Krankheitskosten- und in der Krankenhaustagegeldversicherung vom beantragten Versicherungsbeginn für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, hinsichtlich der Krankentagegeldversicherung für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

4. Beginn des Versicherungsschutzes

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 von Wartezeiten. Wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Versicherungsschutz bei Neugeborenen und bei adoptierten Kindern bereits mit der Geburt 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 oder in Wartezeiten fällt.

5. Erklärung zu Tagegeldversicherungen

Ab Antragstellung darf der Neuabschluss einer Krankentagegeld- bzw. Krankenhaustagegeldversicherung oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld bzw. Krankenhaustagegeld nur mit Einwilligung der Central vorgenommen werden. Wird diese Obliegenheit verletzt, hat die Central ein Kündigungs- und Leistungsverweigerungsrecht.

6. Erklärung zu anderweitigen Versicherungen

Ich verpflichte mich, ab Antragstellung die Central über den Abschluss eines Krankheitskostenversicherungsvertrages bei einem weiteren Versicherer oder von der Inanspruchnahme der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung unverzüglich zu unterrichten.

7. Binde- und Annahmefrist/Wartezeiten

An diesen Antrag bin ich sechs Wochen gebunden. Die Bindefrist beginnt mit der Entgegennahme des Antrages durch den Vermittler und bei unmittelbarer Antragstellung mit dem Eingang bei der Central. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Bindefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte der Central zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichungsfrist von 14 Tagen. Werden zu bereits bestehenden Versicherungen zusätzliche Versicherungen oder Höherstufungen vereinbart, sind insoweit die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen.

II. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass die Central zur Risikobeurteilung Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir gewünschten Versicherungsschutz zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

In diesem Zusammenhang entscheide ich mich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Ich kann diese Entscheidung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen:

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich Ärzte und Pflegepersonen sowie die Beschäftigten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten drei Jahren (bei stationärem Aufenthalt: in den letzten fünf Jahren) untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder um Versicherungsschutz nachgesucht habe.

Die Central wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung der Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Central in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen schriftlich von ihrer Schweigepflicht entbinde.

III. Erklärung zum Datenschutz

Ich willige ein, dass die Central 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.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner 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 willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Informationen überlassen wird.

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

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.

Unser Kündigungsrecht ist 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, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung 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.

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