

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif PflegeXtra. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/PflegeXtra), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um einen Tarif mit Serviceleistungen bei Pflegebedürftigkeit in Ergänzung zur bestehenden Pflegetagegeldversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ Im Versicherungsfall (Pflegefall) hat der Versicherte Anspruch auf Benennung und Vermittlung von Dienstleistern für
 - › die Begleitung zu Arzt- und Behördengängen
 - › Fahrdienste zu Arzt- und Behördengängen, Krankengymnastik sowie sonstigen Therapien
 - › die Anlieferung von Mahlzeiten (z. B. „Essen auf Rädern“)
 - › die Besorgung der Einkäufe des täglichen Bedarfs und der Arzneimittel. Dies umfasst auch die Zusammenstellung des Einkaufszettels sowie die Lagerung der eingekauften Lebensmittel.
 - › die Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine Haushaltshilfe kann bei Bedarf das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie die Schuhpflege und die Reinigung der Wohnung erledigen.
 - › die Haustierbetreuung und Haustierunterbringung. Je nach regionaler Verfügbarkeit kann das Haustier in einer Tierpension oder einem Tierheim in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person vermittelt werden, die die Betreuung des Haustieres in der Wohnung übernimmt.
 - › den bedarfsgerechten Umbau der Wohnung und/oder des Kraftfahrzeugs
 - › Umzüge und/oder Wohnungsauflösung
 - › Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett, Badewannenlifter) und technische Hilfen (z. B. Installation einer Hausnotrufanlage)
 - › Pflegekurse für Pflegepersonen
 - › soziale Besuchsdienste (z. B. Vorlesen, Spazieren gehen)
 - › die Haus-, Garten- und Grundstückspflege einschl. Winterdienst
 - › häusliche Pflege
 - › teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) und Kurzzeitpflege
 - › vollstationäre Pflege (z. B. Pflegeheim, Altenheim, Seniorenwohnheim)
 - › Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- ✓ Bei Unklarheiten einzelner Passagen in einem Heimvertrag erfolgt darüber hinaus telefonische Unterstützung. Bei Rechtsfragen erfolgt auf Wunsch die Vermittlung eines spezialisierten Rechtsanwalts.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ Die Kosten der Dienstleistung selbst (z. B. für „Essen auf Rädern“, die Haushaltshilfe oder die Haustierbetreuung)
- ✗ Die Kosten der der Inanspruchnahme empfohlener Rechtsanwälte
- ✗ für ambulante Pflegedienste, Heimunterbringung, Pflegehilfsmittel, Inkontinenzartikel, usw.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der Tarif sieht eine Wartezeit von drei Jahren ab Versicherungsbeginn vor (Entfall bei Unfall). Während dieser Zeit besteht kein Anspruch auf die Serviceleistungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz besteht in Deutschland, d.h. wir benennen und vermitteln entsprechende Dienstleister in Deutschland.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- › Die bei gleichzeitiger Beantragung einer ergänzenden Pflegekrankenversicherung im Antrag bzw. der Anfrage 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.
- › Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Besonders wichtig ist, dass Sie uns im Versicherungsfall

- eine Bescheinigung über Leistungen der Pflegekasse vorlegen sowie
- den Zeitpunkt des Endes des Leistungsbezugs in der Pflegekasse nachweisen.

Bei Bedarf ist auch der Zeitpunkt der Antragsstellung bei der Pflegekasse und das Ergebnis der dortigen Antragsprüfung nachzuweisen bzw. vorzulegen.



Wann und wie zahle ich?

- › Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig.
- › Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- › Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- › Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- › Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf der Wartezeit von drei Jahren.
- › Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- › Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- › Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- › Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB PflegeXtra)

1. Versicherungs- und Aufnahmefähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif PflegeXtra sind Personen, für die Versicherungsschutz nach einer ergänzenden Pflegekrankenversicherung bei der Envivas besteht.

1.2 Aufnahmefähigkeit

Der Tarif PflegeXtra kann gleichzeitig mit oder bis zu 36 Monate nach dem Beginn der ergänzenden Pflegekrankenversicherung bei der Envivas abgeschlossen werden.

2. Versicherungsschutz

2.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

2.2 Wartezeit

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an und beträgt drei Jahre. Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

2.3 Versicherungsfall

2.3.1 Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn

- › eine versicherte Person oder
- › dessen bei der Techniker Krankenkasse im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 SGB V mitversichertes Kind wegen eigener Pflegebedürftigkeit oder eigener gesundheitlicher Beeinträchtigung (z. B. wegen Demenz) Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung (Pflegekasse) bezieht.

2.3.2 Als Versicherungsfall gilt bereits die Beantragung vorgenannter Leistungen bei der Pflegekasse.

2.4 Versicherungsleistungen

2.4.1 Im Versicherungsfall besteht Anspruch auf eine qualifizierte Bedarfsanalyse im Hinblick auf die nach Nr. 2.4.4 versicherten Leistungen. Auf der Grundlage dieser Analyse benennt und vermittelt die Envivas entsprechende Dienstleister in Deutschland.

2.4.2 Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes nach Tarif PflegeXtra.

2.4.3 Analyse, Benennung und Vermittlung erfolgen telefonisch und bei Bedarf auch persönlich durch einen Pflegemanager.

2.4.4 Gemäß Nr. 2.4.1 benennt und vermittelt die Envivas Dienstleister für:

- › die Begleitung zu Arzt- und Behördengängen
- › Fahrdienste zu Arzt- und Behördengängen, Krankengymnastik sowie sonstigen Therapien
- › die Anlieferung von Mahlzeiten (z. B. „Essen auf Rädern“)
- › die Besorgung der Einkäufe des täglichen Bedarfs und der Arzneimittel. Dies umfasst auch die Zusammenstellung des Einkaufszettels sowie die Lagerung der eingekauften Lebensmittel.
- › die Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine Haushaltshilfe kann bei Bedarf das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche sowie die Schuhpflege und die Reinigung der Wohnung erledigen.
- › die Haustierbetreuung und Haustierunterbringung. Je nach regionaler Verfügbarkeit kann das Haustier in einer Tierpension oder einem Tierheim in Wohnortnähe untergebracht oder eine Person vermittelt werden, die die Betreuung des Haustieres in der Wohnung übernimmt.
- › den bedarfsgerechten Umbau der Wohnung und/oder des Kraftfahrzeugs
- › Umzüge und/oder Wohnungsauflösung
- › Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett, Badewannenlifter) und technische Hilfen (z. B. Installation einer Hausnotrufanlage)
- › Pflegekurse für Pflegepersonen
- › soziale Besuchsdienste (z. B. Vorlesen, Spazieren gehen)
- › die Haus-, Garten- und Grundstückspflege einschl. Winterdienst
- › häusliche Pflege
- › teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) und Kurzzeitpflege
- › vollstationäre Pflege (z. B. Pflegeheim, Altenheim, Seniorenwohnheim)
- › Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Bei Unklarheiten einzelner Passagen in einem Heimvertrag erfolgt darüber hinaus telefonische Unterstützung. Bei Rechtsfragen erfolgt auf Wunsch die Vermittlung eines spezialisierten Rechtsanwalts.

2.4.5 Die Dienstleister werden innerhalb von 24 Stunden benannt oder vermittelt. An Sonn- und Feiertagen kann die Vermittlung ggf. erst am darauffolgenden Werktag erfolgen.

Bei der Benennung und Vermittlung werden regionale oder persönliche Präferenzen des Pflegebedürftigen nach Möglichkeit berücksichtigt.

Je nach Verfügbarkeit werden ein oder mehrere Dienstleister benannt.

2.5 Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht

- › für zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits eingetretene oder unmittelbar absehbare Pflegebedürftigkeit oder gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne von Nr. 2.3.1 sowie bei zu diesem Zeitpunkt beantragten Leistungen der Pflegekasse,
- › für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind,
- › für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen oder die auf einen schuldhaft herbeigeführten Selbsttötungsversuch zurückzuführen sind.

2.6 Ende der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht der Envivas endet,

- › im Fall der Nr. 2.3.1 mit dem Ende des Leistungsbezugs in der Pflegekasse
- › im Fall der Nr. 2.3.2 mit der Feststellung der Pflegekasse, dass dort kein Leistungsanspruch besteht.

2.7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

3. Vertragliche Obliegenheiten

3.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, der Envivas unverzüglich im Fall der Nr. 2.3.1

- › eine Bescheinigung über Leistungen der Pflegekasse
- › den Zeitpunkt des Endes des Leistungsbezugs in der Pflegekasse,

im Fall der Nr. 2.3.2

- › den Zeitpunkt der Antragstellung bei der Pflegekasse
- › das Ergebnis der Antragsprüfung durch die Pflegekasse

in Textform vorzulegen bzw. nachzuweisen.

3.2 Die Envivas ist nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Nr. 3.1 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

4. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

4.1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten in Textform kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

4.2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

4.3 Erhöht die Envivas die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (vgl. Nr. 8.1) oder vermindert sie ihre Leistungen (vgl. Nr. 8.2), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung in Textform kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung in Textform kündigen.

4.4 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

5. Kündigung durch die Envivas

Die Envivas verzichtet auf eine ordentliche Kündigung von einzelnen Versicherungsverhältnissen. Sie kann jedoch für den Gesamtbestand aller nach Tarif PflegeXtra versicherten Personen das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

In diesem Fall werden für den Tarif PflegeXtra zurückgestellte Beträge auf diese Versicherten verteilt. Die anteiligen Rückstellungsbeträge werden beitragsmindernd in der ergänzenden Pflegekrankenversicherung bei der Envivas angerechnet. Nähere Einzelheiten regeln die technischen Berechnungsgrundlagen. Eine Auszahlung der Beträge aus der Rückstellung ist ausgeschlossen.

6. Sonstige Beendigungsgründe

6.1 Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.

6.2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

6.3 Das Versicherungsverhältnis endet mit Beendigung der ergänzenden Pflegekrankenversicherung bei der Envivas.

7. Beitrag

7.1 Monatlicher Beitrag

Der Beitrag für die Versicherung nach Tarif PflegeXtra beträgt 1 Euro je versicherte Person und Monat.

7.2 Beitragsfälligkeit

Der Beitrag wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Dieser ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

8. Änderung der Beiträge und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

8.1 Beitragsänderung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der Envivas z. B. wegen steigender Kosten pro Versicherungsfall oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen ändern. Außerdem können sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrages die Sterblichkeiten ändern. Dementsprechend ist die Envivas bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung der erforderlichen Versicherungsleistungen oder bei einer Änderung der Sterblichkeit gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlage überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat.

8.2 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Die Envivas ist berechtigt, den Tarif PflegeXtra mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse zu ändern, wenn und soweit dies zur Wahrung der Interessen der Versicherten geboten ist. Dies gilt insbesondere, wenn einzelne zu vermittelnde Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr angeboten werden oder neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar werden.

8.3 Wirksamkeit

Die Änderungen nach den Nrn. 8.1 und 8.2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

Allgemeine Informationen zum Versicherungsschutz bei der Envivas

Wir freuen uns, dass Sie sich als Versicherter der Techniker Krankenkasse (TK) für eine private Ergänzungsversicherung der Envivas interessieren. Im Rahmen der exklusiven Kooperation ermöglicht die TK ihren Versicherten den Abschluss privater Zusatzversicherungen der Envivas, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bedarfsgerecht zu einem besonders vorteilhaften Preis-Leistungs-Verhältnis ergänzen.

Wir möchten unseren Kunden größtmögliche Transparenz bei allen Fragen und Entscheidungen rund um das Thema private Krankenversicherung bieten. Im Folgenden erhalten Sie deshalb die wesentlichen Informationen zum Versicherungsschutz bei der Envivas.

Verzeichnis der weiteren Informationen

Die Envivas Card	Seite 4
Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	Seite 5
Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)	Seite 8
Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	Seite 8
Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)	Seite 8
Auszug Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)	Seite 9
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	Seite 10
Liste der Dienstleister	Seite 11
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	Seite 13
Informationen zur Kooperation zwischen der Envivas und der TK	Seite 15

1. Identität des Versicherers

Envivas Krankenversicherung Aktiengesellschaft
 Sitz: Köln – Handelsregister: Amtsgericht Köln HR B 52059
 Anschrift: Gereonswall 68, 50670 Köln
 Telefon: 0800 - 425 25 25
 Fax: 02 21 - 16 36-25 61
 E-Mail: info@envivas.de

2. Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der Envivas ist der Vorstand.

Mitglieder des Vorstandes sind: Dr. Jochen Petin (Vors.), Katrin Gruber, Dr. Mirko Tillmann.

3. Hauptgeschäftstätigkeit, Aufsichtsbehörde

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

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

4. Garantiefonds

In dem unwahrscheinlichen Fall einer Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung eines Krankenversicherungsunternehmens können Sie sich an die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wenden.

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

5. Vertragsrelevante Unterlagen/Merkmale der Versicherungsleistungen

5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

- > Das **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten** enthält die Informationen, die für den Abschluss und die Erfüllung des Vertrages von besonderer Bedeutung sind.
- > Der **Tarif** beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.

- > Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** (AVB) ergänzen die tariflichen Regelungen.
- > Der von Ihnen zu unterzeichnende verbindliche **Antrag** oder die unverbindliche **Anfrage** (vgl. Nr. 10.1) dient insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes und der Beantwortung der Gesundheitsfragen.
- > Falls Sie zunächst eine unverbindliche Anfrage an uns gerichtet haben, unterbreiten wir Ihnen anschließend ein für uns verbindliches **Angebot** (vgl. Nr. 10.1), das Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen können.
- > Im **Versicherungsschein** (der Police) dokumentieren wir den geschlossenen Versicherungsvertrag.

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

5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistungen sind folgende:

In der **Krankheitskostenversicherung** ersetzt die Envivas im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09) sowie die im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KK 09) zugrunde.

In der **Krankenhaustagegeldversicherung** zahlt die Envivas das vereinbarte Krankenhaustagegeld bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 09) und die Tarifbedingungen (TB/KK 09) zugrunde.

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

In der **Pflegekrankenversicherung** zahlt die Envivas im Fall der Pflegebedürftigkeit das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung). Als Allgemeine Versicherungsbedingungen in der Pflegetagegeldversicherung liegen die AVB/Pflegekrankenversicherung 09 zugrunde. In der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung liegen die MB/GEPV 2013 sowie die TB/GEPV 2013 zugrunde. Bei zusätzlicher Vereinbarung des Ergänzungstarifs PflegeXtra zur Pflegekrankenversicherung gelten die entsprechenden Zusatzbedingungen.

5.3 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5.4 Fälligkeit der Versicherungsleistungen und Erfüllung

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

6. Gesamtpreis der Versicherung (Versicherungsbeitrag)

Die Beiträge werden im Antrag bzw. Angebot sowie im Versicherungsschein für jede Person und jeden Tarif einzeln aufgeführt. Erfordern die gesundheitlichen Verhältnisse Risikoschläge, werden wir diese – soweit sie nicht bereits im Antrag

bzw. Angebot enthalten sind – gesondert schriftlich mit Ihnen vereinbaren.

7. Zusätzlich anfallende Kosten

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

8. Beitragszahlung, Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an erhoben. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig, wird aber in der Regel in monatlichen Beitragsraten gezahlt. Die Beitragsraten sind am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig.

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

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

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

10. Zustandekommen des Vertrages, Bindefrist

10.1 Zustandekommen des Vertrages

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

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

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

10.2 Bindefrist

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

11. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt an dem Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie diese Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des

Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung über das Widerrufsrecht in Textform zugegangen sind. Die Belehrung über das Widerrufsrechts finden Sie im Versicherungsschein.

12. Vertragslaufzeit

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

Es gelten folgende Mindestvertragslaufzeiten:

- > in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zwei Versicherungsjahre
- > in der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr
- > in der Pflegekrankenversicherung ein Versicherungsjahr
- > in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung zwei Versicherungsjahre

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

13. Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können Ihren Versicherungsvertrag – unter Beachtung der Mindestvertragsdauer – ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (ordentliche Kündigung). Zudem haben Sie in besonderen Fällen (z. B. Beitragserhöhung) ein Recht zur außerordentlichen Kündigung. Die Einzelheiten ergeben sich aus § 205 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Seite 5) sowie den inhaltsgleichen Regelungen in den AVB.

14. Anwendbares Recht/Gerichtsstand

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

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

- > Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- > Köln als Sitz der Envivas

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.

15. Sprachen

Die Envivas kommuniziert mit Ihnen in deutscher Sprache.

16. Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenden Sie sich bitte an uns, am besten unmittelbar an unseren Kundenservice (Tel. 0800 - 425 25 25). 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
www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. An dem Streitbeilegungsverfahren des Ombudsmanns nimmt die Envivas Krankenversicherung AG teil. 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.

Sofern Sie nach den Tarifen KLINIK oder START versichert sind, erhalten Sie unsere Envivas Card. Diese weist Sie im Krankenhaus als Privatpatient oder Privatpatientin aus.

Ihre Vorteile bei Nutzung der Envivas Card

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

Ändern sich der Leistungsumfang Ihres Versicherungsschutzes oder Ihre persönlichen Daten, erhalten Sie automatisch eine neue Envivas Card. Bei Beschädigung oder Verlust sorgen wir selbstverständlich für Ersatz. Sie können die Karte telefonisch in unserem KundenService unter der Telefonnummer 0800 - 425 25 25 anfordern.

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

Envivas Card und Datenschutz

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

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

die mit Hilfe eines Kartenlesegerätes abgerufen und so zur Rechnungserstellung genutzt werden können.

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

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

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

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

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er 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 Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass

der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.
- (2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.
- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigten ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

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

[...]

§ 195 Versicherungsdauer

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

[...]

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf

dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 204 Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
 1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
 - a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
 - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
 - c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

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

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

- (2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflegepflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.
- (3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.
- (4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der

Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.
- (5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken, und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
[...]
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
[...]
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für
1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

§150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

- [...]
- (4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Die Prämienerrmäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§152 Basistarif

- (1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

[...]

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

[...]

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

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder

Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

[...]

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte

[...]

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

[...]

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

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

¹ Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Liste der Dienstleister

(Anlage zur Datenschutzeinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung im Versicherungsantrag)

Die Envivas Krankenversicherung AG (im folgenden Envivas genannt) arbeitet unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/Personen) zusammen. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich nur im Einzelfall und bei Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an einzelne Dienstleister übermittelt:

Unternehmen	Übertragene Aufgaben
Generali Deutschland AG	Konzernrevision, Datenschutzbeauftragter, Rechnungswesen, Steuern, Recht, Unternehmenskommunikation, Bestandsverwaltung, Kunden- und Leistungsservice, Strategisches Leistungs- und Gesundheitsmanagement, Compliance, Rückversicherung, Versicherungsvertrieb, IT, Geldwäschebeauftragter, Regressbearbeitung, IT-Dienstleistungen wie z. B. Bereitstellung Software und Kommunikationsmittel, Betreuung Server, Erstellung IT-Sicherheitskonzept
Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck, Versand, Logistik, Eingangspostbearbeitung inkl. Scannen und Archivierung, Kundenkorrespondenz in Vertragsangelegenheiten, telefonischer Kundendienst, Antragsbearbeitung
Generali Health Solutions GmbH	Durchführung von Gesundheitsprogrammen und deren Evaluation
BSI Business Systems Integration AG	IT-Dienstleistungen Kundenservice und Telefonie
Europ Assistance Services GmbH	Telefonischer Kundenservice, Assistanceleistungen
Europ Assistance SA, Niederlassung für Deutschland	Zusätzliche Assistanceleistungen
Institut für medizinische Begutachtungen (IMB)	Medizinische Begutachtungen
Medexo GmbH	Medizinische Begutachtungen
MD Medicus GmbH	Assistanceleistungen im Tarif PflegeXtra
Medallia Inc., London, Großbritannien	Kundenzufriedenheitsbefragungen
Personal Business Machine AG	Dienstleistungen zur Durchführung von personalisierter Kundenansprache
GMMI Inc., Pembroke Pines, USA	Unterstützung und Beratung in Leistungsfragen (nur USA)
Techniker Krankenkasse	Abgleich von Vertragsdaten
Viamed GmbH	Medizinische Begutachtungen

Darüber hinaus arbeitet die Envivas 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	Begutachtungen zu medizinischen Fragen, Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen
Beratungsunternehmen	Unterstützung und Beratung in Leistungs- und Abrechnungsfragen im In- und Ausland
Letter-Shops	Serienbrief-Erstellung, Durchführung von Mailingaktionen

Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung
IT-Dienstleister	IT- und Internetservices (z. B. digitaler Antrag)
PR-Berater	Öffentlichkeitsarbeit

Letzte Änderungen: 1. Januar 2021

Mit den nachfolgenden Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Envivas Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Envivas Krankenversicherung AG
Gereonswall 68, 50670 Köln
Telefon 0800 425 25 25
Fax 0221 1636 2561
E-Mail info@envivas.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder per E-Mail unter: datenschutzbeauftragter@envivas.de.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen zur Einhaltung der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.envivas.de/datenschutz abrufen. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch gern einen Ausdruck der Verhaltensregeln per Post.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Entscheidung, ob und zu welchen Bedingungen wir den Versicherungsantrag annehmen. Angaben zum Grund und zum Umfang einer medizinischen Behandlung benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und inwieweit ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die Sie gegebenenfalls vor dem 25.05.2018 (also vor Geltung der DSGVO) erteilt haben. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Er berührt nicht die Rechtswirksamkeit der bis zum Eingang des Widerrufs auf der Grundlage der vormaligen Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten; insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste im Internet (www.envivas.de/Datenschutz) finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der nachfolgenden Übersicht sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.envivas.de/datenschutz entnehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch gern einen Ausdruck der Listen per Post.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- und Sozialbehörden oder Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für unser Unternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2 - 4
40213 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

1. Personenkreis

Im Rahmen der Kooperation zwischen der Envivas und der TK können sich Personen versichern, die Mitglied der TK sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen der TK haben. Der Nachweis über die Mitgliedschaft bzw. den Anspruch auf Familienversicherung bei der TK ist unter Angabe der gültigen TK-Versichertennummer bzw. Krankenkassenversicherungsnummer im Versicherungsantrag zu erbringen.

2. Versicherbare Tarife

Auf der Grundlage des Kooperationsvertrages können Krankheitskostenversicherungen nach den Tarifen PraxisExtra, PraxisTop, KlinikSpezial, Akut1, Intensiv, StarterPlus, ZahnFlex, VitalXtra, Pro sowie die Krankentagegeldversicherung nach Tarif KHT-Plus und die Krankentagegeldversicherung nach Tarif KT-Plus abgeschlossen werden. Ferner ist der Abschluss eines Pfl egetagegeldes nach Tarif PflegePlus, PflegeAktiv, des Pflege-Assistancetarifs PflegeXtra, der Assistancetarife A1, I1, K1 sowie der Auslandsreisetarife TravelXN, TravelXNG, TravelXF und TravelXLO und TravelXLM möglich.

3. Beiträge

Im Rahmen des Kooperationsvertrages mit der TK ist in die Beiträge der versicherbaren Tarife PraxisExtra, PraxisTop, KlinikSpezial, Akut1, Intensiv, StarterPlus, ZahnFlex, VitalXtra, Pro, KHT-Plus, KT-Plus, PflegePlus sowie TravelXN und TravelXF ein Beitragsnachlass eingerechnet.

4. Wegfall des Beitragsnachlasses

Der Beitragsnachlass entfällt mit Beendigung der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der TK oder mit Beendigung des Kooperationsvertrages zwischen der Envivas und der TK. Das Ausscheiden einer versicherten Person aus der TK ist unverzüglich der Envivas mitzuteilen.

Das Versicherungsverhältnis wird in diesem Fall mit den für die Einzelversicherung gültigen Beiträgen fortgesetzt, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit des Tarifs weiterhin erfüllt.

5. Beschränkung der Vertretungsmacht der TK

Die TK ist nur ermächtigt und bevollmächtigt, Anträge auf Abschluss und Änderung von privaten Zusatzversicherungsverträgen der Envivas entgegenzunehmen. Die TK ist nicht ermächtigt oder bevollmächtigt, im Namen der Envivas die privaten Zusatzversicherungsverträge abzuschließen oder rechtsgeschäftliche Erklärungen abzugeben. Die TK ist ebenfalls nicht ermächtigt und bevollmächtigt, die von der Envivas ausgefertigten Versicherungsscheine und Nachträge zum Versicherungsschein im Namen der Versicherungsnehmer entgegenzunehmen und an diese weiterzuleiten. Die TK ist, auch soweit sie an der Aufnahme des Versicherungsantrags beteiligt sein sollte, darüber hinaus nicht ermächtigt oder bevollmächtigt, im laufenden Versicherungsverhältnis Prämien sowie Willenserklärungen und Anzeigen der Versicherten entgegenzunehmen. Prämien sind an die Envivas zu entrichten. Willenserklärungen und Anzeigen sind von den Versicherten gegenüber der Envivas in Textform abzugeben.

Kundeninformation bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr

Bei Verträgen, die im elektronischen Geschäftsverkehr beantragt werden, hat die Envivas zusätzliche Informationspflichten zu erfüllen. Aus diesem Grund geben wir Ihnen an dieser Stelle die folgenden Hinweise:

1. Welche technischen Schritte sind erforderlich, um den Vertragsschluss herbeizuführen?

Sie können Ihren Antrag auf Krankenversicherungsschutz auf der Internetpräsenz der Envivas oder den Websites und Apps unserer Vertriebspartner ausfüllen und versenden.

Durch Hinweise und beschriftete Buttons (z. B. „Weiter“ oder „Fortsetzen“) werden Sie selbsterklärend durch den Antrag geführt. Erst wenn Sie auf den Button „Zahlungspflichtig beantragen“ oder „Antrag auf kostenpflichtigen Vertrag online einreichen“ o. ä. klicken, werden Ihre Antragsdaten an die Envivas übermittelt. In diesem Moment ist Ihr Online-Antrag verbindlich abgegeben.

Die weitere Vorgehensweise ist abhängig vom gewünschten Versicherungsschutz. Während der Vertrag über eine Reisekrankenversicherung sofort zu Stande kommt, behalten wir uns in den übrigen Fällen die Prüfung Ihrer Angaben vor. In diesen Fällen erfolgt der Vertragsschluss erst mit der Zusendung des Versicherungsscheins.

2. Können Sie Ihre Eingaben vor dem Versand an uns noch einmal prüfen und berichtigen?

Bevor Sie Ihren Online-Antrag an die Envivas übermitteln, haben Sie noch einmal die Möglichkeit, Ihre gemachten Eingaben zu überprüfen. Eingabefehler können Sie über einen entsprechenden Button (z. B. „Ändern“ oder „Zurück“ o. ä.) korrigieren.

3. Wird der Vertragstext von der Envivas nach dem Vertragsschluss gespeichert und ist er Ihnen zugänglich?

Die Envivas speichert die erforderlichen Inhalte des Vertrages nach dem Vertragsschluss unter Einhaltung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Für Sie besteht bei Bedarf die Möglichkeit, Ihre Vertragsdaten im Laufe der Antragstellung auszudrucken. Nach Vertragsschluss haben Sie jederzeit die Möglichkeit, Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz in mündlicher Form oder in Textform zu erhalten. Online besteht eine Zugriffsmöglichkeit auf Ihre Vertragsdaten nach dem Vertragsschluss nicht.

4. Welche Sprachen stehen für den Vertragsschluss zur Verfügung?

Die Envivas bietet den Online-Abschluss in deutscher Sprache an.

5. Welche Verhaltenskodizes gelten für die Envivas?

Die Envivas hat sich folgenden Verhaltenskodizes unterworfen:

- „Verhaltenskodex des GDV e. V. für den Vertrieb von Versicherungsprodukten“

abrufbar unter

www.gdv.de/de/themen/news/verhaltenskodex-fuer-den-vertrieb-11518

- „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)“

abrufbar unter

www.envivas.de/datenschutz

- „Code of Conduct der Generali Gruppe (Verhaltenskodex)“

abrufbar unter

www.envivas.de/ueberuns/unternehmen/envivas/ueberuns-unternehmen-coc

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 Vertragsbestimmungen einschließlich der AVB, 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, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß §312i Absatz a Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Envivas Krankenversicherung AG,
Gereonswall 68,
50670 Köln.

Bei einem Widerruf per Telefax schicken Sie diesen an folgende Faxnummer: 02 21 - 16 36-10 98.

Ein Widerruf per E-Mail ist zu richten an:
kundenservice@envivas.de.

2. Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und die Envivas 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 Envivas 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 zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

3. Besondere Hinweise

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

[Ende der Widerrufsbelehrung]