

Mit dem Produktinformationsblatt, den Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag und dem Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht erhalten Sie einen ersten Überblick über die Ihnen vorgeschlagene Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend.

Der Vertragsinhalt ergibt sich vielmehr aus dem Antrag, den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls Besonderen Bedingungen sowie dem Versicherungsschein. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

Produktinformationsblatt zur privaten Krankenversicherung

1. Art des Versicherungsvertrages

Private Krankenversicherung: PURISMA® PRO nach der Tarifkombination SelAS 22P / SelZ 2P mit Option I

2. Versicherte Risiken/Leistungen

SelAS 22P 650: Kostenerstattung für ambulante Leistungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), für Wahlleistungen im Zwei-Bett-Zimmer einschließlich privatärztlicher Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, sowie für allgemeine Krankenhausleistungen mit einem Selbstbehalt von 650,- Euro

SelZ 2P: Kostenerstattung für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte; Leistungsstaffel für Inlays, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres; 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Vorsorgeuntersuchungen, bis zu 75% Kostenerstattung für Inlays, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen

Option I: Berechtigung innerhalb von 15 Jahren ab Beginn der Versicherung in einem PURISMA-Tarif einmalig in einen anderen PURISMA-Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeit zu wechseln

Tarife, die als Anwartschaftsversicherung bestehen werden im Versicherungsschein als solche ausgewiesen.

Detaillierte Leistungsbeschreibungen finden Sie unter dem Abschnitt "Versicherungsleistungen" bzw. "Versicherte Aufwendungen". Dort werden gegebenenfalls auch ausgeschlossene Risiken, Leistungseinschränkungen, Summenbegrenzungen etc. genannt.

3. Beitrag

Den tariflichen Beitrag für die Tarifkombination SelAS 22P / SelZ 2P mit Option I entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsantrag.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, nicht aber vor dem darin auf der ersten Seite unter "Vertragsstand ab" ausgewiesenen Datum. Die weiteren Beiträge sind jeweils am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei unterbliebener oder verspäteter Zahlung kann der Versicherungsschutz ganz oder teilweise entfallen.

Einzelheiten finden Sie in § 8 der Mannheimer AB-Kranken 2009.

4. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise

- in der privaten Krankenversicherung für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

Diese und weitere tarifübergreifende Leistungseinschränkungen finden Sie in § 9 der PURISMA VB 2009 SelAS 22P und in § 10 PURISMA VB 2009 SelZ 2P.

5. Obliegenheiten bei Vertragsabschluss

Ihre Angaben im Antrag müssen wahrheitsgemäß und vollständig sein (Anzeigepflicht).

Die bei Vertragsabschluss geltenden Obliegenheiten finden Sie in § 19 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Näheres finden Sie in § 4 Mannheimer AB-Kranken 2009 und in der gesonderten "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht".

Bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten (auch durch versicherte Personen) können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Einzelheiten finden Sie in § 19 Absätze 2 bis 6 VVG, abgedruckt im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

6. Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit

Während der Laufzeit des Vertrages besteht beispielsweise die Verpflichtung

- den Abschluss weiterer Krankenversicherungen anzuzeigen.

Diese und weitere während der Vertragslaufzeit geltenden Obliegenheiten finden Sie in § 11 der Mannheimer AB-Kranken 2009.

Bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten kann der Versicherer die Leistungen mindern oder verweigern und gegebenenfalls den Vertrag kündigen. Einzelheiten finden Sie in § 11 der Mannheimer AB-Kranken 2009.

7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

Es besteht beispielsweise die Verpflichtung, bei Eintritt des Versicherungsfalles alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich sind.

Diese und weitere bei Eintritt des Versicherungsfalles geltenden Obliegenheiten finden Sie in § 12 der Mannheimer AB-Kranken 2009.

Bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten kann der Versicherer die Leistungen mindern oder verweigern und gegebenenfalls den Vertrag kündigen. Einzelheiten finden Sie in § 12 der Mannheimer AB-Kranken 2009.

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn Sie den Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung erhalten haben, frühestens zu dem im Versicherungsschein auf der ersten Seite unter "Vertragsstand ab" ausgewiesenen Datum. Gegebenenfalls sind Wartezeiten einzuhalten. Der Versicherungsschutz gilt für die Vertragslaufzeit, es sei denn, es wurde etwas anderes vereinbart.

Einzelheiten finden Sie in § 2 PURISMA[®] VB 2009 Krankheitskosten SelAS 22P und § 3 PURISMA[®] VB 2009 Krankheitskosten SelZ 2P sowie § 5 der Mannheimer AB Kranken 2009.

9. Ihre Möglichkeiten der Vertragsbeendigung

Zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren, können Sie die Versicherung unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten ordentlich kündigen. Ferner können Sie die Versicherung beispielsweise bei einer Beitragserhöhung vorzeitig außerordentlich kündigen. Eine Übersicht Ihrer Kündigungsrechte finden Sie in § 18 und § 19 der Mannheimer AB-Kranken 2009.

Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag

1. Identität und Anschriften des Versicherers

Die Versicherung wird bei der Continentale Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Dortmund abgeschlossen. Es handelt sich um einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der unter der Nummer B 2271 beim Handelsregister des Amtsgerichts Dortmund eingetragen ist.

Die Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift lautet:
Continentale Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel,
Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

2. Hauptgeschäftstätigkeit und Garantiefonds

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Continentale Krankenversicherung a. G. ist der Betrieb einer Krankenversicherung.

Die Continentale Krankenversicherung a.G. gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74, 50968 Köln an.

3. Versicherungsbedingungen, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gelten die Allgemeinen Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG (Mannheimer AB-Kranken 2009) und die Bedingungen des Tarifs – siehe auch Produktinformationsblatt – sowie ggf. Besondere Bedingungen. Art und Umfang der Versicherungsleistung sind in den Tarifen mit Tarifbedingungen geregelt. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen. Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

Welches Gericht ggf. zuständig ist, wird in § 22 der Mannheimer AB-Kranken 2009 geregelt.

4. Beitragshöhe und zusätzliche Kosten

Der monatliche Gesamtbeitrag ist dem Antrag zu entnehmen. Zusätzlich können weitere Kosten und Gebühren bei Rückläufern im Lastschriftverfahren in der Regel zwischen 10,00 und 20,00 Euro – abhängig vom Kreditinstitut – sowie Mahngebühren in Höhe von 5,00 Euro je rückständigem Monatsbeitrag erhoben werden; bei Zusatzversicherungen einmalig 0,50 Euro.

5. Beitragszahlung

Für die Beitragszahlung stehen verschiedene Zahlungswege (z. B. Beitragseinzug über SEPA-Lastschriftmandat) und unterschiedliche Zahlungsweisen (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) zur Wahl. Wie Sie sich entschieden haben, ist im Antrag vermerkt.

6. Zustandekommen des Vertrags und Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn Sie den Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung erhalten haben, frühestens zu dem im Versicherungsschein auf der ersten Seite unter "Vertragsstand ab" ausgewiesenen Datum. Gegebenenfalls sind Wartezeiten einzuhalten.

Die Einzelheiten sind in § 5 der Mannheimer AB-Kranken 2009 geregelt.

7. 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 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 in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an den Versicherer (Anschrift siehe Ziffer 1) zu richten.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet werden kann: (Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/30 der monatlichen Beitragsrate) 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.

Besondere Hinweise

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

8. Vertragslaufzeit

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht von Ihnen mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Versicherungsjahresschluss gekündigt wird.

9. Vertragsbeendigung

Ihre Möglichkeiten der Vertragsbeendigung sind unter Ziffer 9 des Produktinformationsblattes beschrieben.

10. Vertragssprache

Die Versicherungsbedingungen sind in deutscher Sprache abgefasst. Die Kommunikation mit Ihnen erfolgt ebenfalls in deutscher Sprache.

11. Außergerichtliche Beschwerdemöglichkeit

Wenn Sie einmal einen Grund zur Beschwerde haben sollten, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Ansprechpartner. Mit dem Versicherungsschein erhalten Sie ein gesondertes Blatt, auf dem alle Ansprechpartner für Sie aufgeführt sind.

Selbstverständlich können Sie sich auch an den Vorstand wenden (Namen und Anschriften siehe oben Ziffer 1).

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Für Beschwerden über den Versicherer steht Ihnen auch als zuständige Aufsichtsbehörde die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de zur Verfügung.

Ihre Möglichkeiten, den Rechtsweg zu bestreiten, wird durch Nutzung einer oder mehrerer der dargestellten Beschwerdemöglichkeiten nicht berührt.