

# Kundeninformation zu Ihrer Krankenversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zum Abschluss Ihrer Krankenversicherung möchten wir Ihnen folgende Erläuterungen geben:

## Versicherer

Ihr Versicherer ist die Concordia Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft	
Postanschrift:	Concordia Krankenversicherungs-AG 30621 Hannover
Telefon:	0511/5701-1636
Telefax:	0511/5701-1141
Mail:	kv@concordia.de

Aufsichtsratsvorsitzender:	Jörn Dwehus
Vorstand:	Dr. Stefan Hanekopf (Vorsitzender), Johannes Grale, Dirk Gronert, Henning Mettler, Julia Palte
Sitz der Gesellschaft:	Hannover
Handelsregister:	Amtsgericht Hannover HRB 51482

## Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Concordia Krankenversicherungs-AG besteht in dem Betrieb der Krankenversicherung einschließlich Krankentagegeld, Pflegetagegeld sowie der Pflegepflichtversicherung.

## Gesetzlicher Sicherungsfonds

Postanschrift:	Medicator AG Bayenthalgürtel 26 50968 Köln
----------------	--

## Die für Sie gültigen Versicherungsbedingungen und Tarifbeschreibungen sind:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, KVU 400
- Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT, ZB sowie ZAHN PLUS, KVU 404
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung, KVU 405
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung, KVU 406
- Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife AZP, AZSH, AZ TOP sowie AZN, KVU 408
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, KVU 409
- Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für den Tarif AZ Kompakt, KVU 411
- Ergänzung zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für den Tarif Pflege PLUS, KVU 412
- Tarifbeschreibung AZP, KVU 421
- Tarifbeschreibung AZSH, KVU 422
- Tarifbeschreibung AZ TOP, KVU 423
- Tarifbeschreibung AZN, KVU 424
- Tarifbeschreibung AZ Kompakt, KVU 425
- Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für den Tarif BVO, KVU 427
- Tarifbeschreibung ZE/ZT, KVU 453
- Tarifbeschreibung ZB, KVU 454
- Tarifbeschreibung KT, KVU 465

- Tarifbeschreibung PT, KVU 466
- Tarifbeschreibung PT0/PT1/PT2/PT3, KVU 467
- Tarifbeschreibung KTG, KVU 471
- Tarifbeschreibung Pflege PLUS, KVU 472
- Tarifbeschreibung PG, KVU 473
- Tarifbeschreibung PG1, PG2, PG3, PG4, KVU 474
- Tarifbeschreibung SZ, KVU 480
- Tarifbeschreibung SZ PLUS, KVU 481
- Tarifbeschreibung KHT, KVU 485
- Tarifbeschreibung BVO, KVU 500
- Tarifbeschreibung ZAHN PLUS, KVU 501

## Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Maßgeblich für Ihren Krankenversicherungsvertrag sind neben dem Antrag die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit den Tarifbedingungen und den jeweiligen Tarifbeschreibungen.

Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistungen entnehmen Sie bitte den Angaben aus den Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen.

## Beitrag

Den zu zahlenden Beitrag entnehmen Sie bitte dem Vorschlagsausdruck.

## Kosten

Zusätzliche Kosten für den Abschluss des Vertrages fallen grundsätzlich nicht an.

## Zahlungsweise des Beitrags

Der Beitrag in der Krankenversicherung ist ein Monatsbeitrag. Sollten Sie halbjährlich oder jährlich im Voraus per Lastschriftinzug zahlen wollen, können wir Ihnen einen Nachlass von 2 % bzw. 3 % einräumen. Die von Ihnen gewünschte Zahlungsweise entnehmen Sie bitte dem Vorschlag. Der Erstbeitrag ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Sollten Sie Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt die Abbuchung des Erstbeitrags erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins. Der Folgebeitrag ist je nach Zahlungsweise immer am Ersten eines Monats fällig.

## Gültigkeitsdauer

An unseren heutigen Vorschlag halten wir uns 4 Wochen gebunden.

## Vertragsabschluss, Vertragsbeginn

Der Vertragsabschluss kommt dadurch zustande, dass wir Ihnen die Annahme Ihres gestellten Antrages in Form einer schriftlichen Annahmeerklärung oder durch Übersendung des Versicherungsscheins bestätigen. Versicherungsschutz besteht ab dem im Antrag genannten Vertragsbeginn, wenn Sie den Beitrag unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen und die Wartezeiten erfüllt sind.

Die Annahmefrist für die Concordia Krankenversicherungs-AG beträgt 6 Wochen. Wird der Antrag innerhalb dieser Frist nicht angenommen, ist kein Vertrag zustande gekommen.

## Hinweis zur Widerrufsbelehrung

In der nachstehenden Widerrufsbelehrung verwenden wir den Begriff „Beitrag“ synonym zu dem im Versicherungsvertragsgesetz und in der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen verwendeten Begriff „Prämie“.

## Widerrufsbelehrung

### Abschnitt 1

#### Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

##### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Concordia Krankenversicherungs-AG, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, E-Mail: kv@concordia.de.

##### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich entsprechend der von Ihnen gewählten Zahlungsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags, 1/180 des Halbjahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag; der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die Zahlungsweise sind im Versicherungsantrag unter „Gesamtbeitrag“ ausgewiesen. Der Versicherer hat zurückzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

### Abschnitt 2

#### Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

##### Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen ei-

nes Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

##### **Ende der Widerrufsbelehrung**

Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Der Versicherungsschutz beginnt ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist. Sofern dies nicht gewünscht wird, bedarf es hierzu einer besonderen Erklärung.

### Vertragslaufzeit

Der Vertrag wird in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Pfl egetagegeldversicherung für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, in der Krankentagegeldversicherung für ein Versicherungsjahr geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Falls die Tarife ZT, ZB und ZAHN PLUS gemeinsam bestehen (ZAHN SORGLOS), wird der Vertrag für diese Tarifkombination für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Das Versicherungsjahr ist mit dem Kalenderjahr identisch. Für diese Tarifkombination verlängert sich der Vertrag stillschweigend, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer kann das Versicherungsverhältnis für diese Tarifkombination zum Ende eines jeden Kalendermonats mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden.

### Vertragsbeendigung

Die Möglichkeiten, einen bestehenden Vertrag zu beenden, entnehmen Sie bitte den Ihnen vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§§ 13 – 15).

### Rechtsgrundlage vor Abschluss des Vertrages

Der Aufnahme von Vertragsbeziehungen zum Versicherungsnehmer legt die Concordia Krankenversicherungs-AG das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

### Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

### Vertragssprache

Die Vertragssprache ist Deutsch. Wir weisen darauf hin, dass andere Sprachen für den Vertragsabschluss und die Vertragsverwaltung nicht zur Verfügung stehen.

### Beschwerden

Unser wichtigstes Anliegen ist es, Ihnen als Kunden einen hervorragenden Service zu bieten. Aber auch wir sind nicht fehlerfrei und wollen unseren Service ständig weiter verbessern. Wenn Sie der Meinung sind, dass wir etwas falsch gemacht haben, setzen Sie sich einfach mit uns oder Ihrem zuständigen Ansprechpartner vor Ort in Verbindung und schildern Sie Ihr Anliegen.

Sie können uns Ihr Anliegen oder Ihre Beschwerde ebenfalls per E-Mail an [beschwerdemanagement@concordia.de](mailto:beschwerdemanagement@concordia.de) oder schriftlich mitteilen.

Unsere Adresse lautet:

Concordia Krankenversicherungs-AG  
Beschwerdemanagement  
Karl-Wiechert-Allee 55  
30625 Hannover

Sie können sich aber auch an die folgende Stelle wenden:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Tel: 0800 3696000  
Fax: 0800 3699000  
[www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

Oder aber Sie richten Ihre Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn

Hiervon unberührt bleibt für Sie als Versicherungsnehmer selbstverständlich auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Wir würden uns freuen, wenn wir Sie mit den oben gemachten Ausführungen von der Concordia Krankenversicherungs-AG überzeugen konnten und Sie sich für uns entscheiden. Reichen Ihnen die gemachten Erläuterungen nicht aus, freuen wir uns, wenn Sie uns die Gelegenheit geben würden, Ihre Fragen zu beantworten.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Concordia Krankenversicherungs-AG