

CentralAntrag

auf Abschluss oder Änderung einer
Krankenversicherung/Pflegeversicherung

www.central.de

CentralAntrag auf Abschluss oder Änderung einer Kranken-/Pflegeversicherung

Eingangsstempel

Neu Änderung

Antragsdatum _____ Barcode _____

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

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

Straße und Hausnummer (Erstwohnsitz lt. Melderegistereintrag)* _____ Nationalität/in Deutschland seit: _____

LKZ _____ Postleitzahl _____ Wohnort (Erstwohnsitz lt. Melderegistereintrag)* _____ M W

* Diese Angabe benötigen wir für die Bonitätsprüfung (Bitte beachten Sie hierzu Punkt III., dritter Absatz der „Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen“). Bei falscher Angabe behalten wir uns die Anfechtung des Vertrages vor.

E-Mail _____

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung) _____ Branche (Wirtschafts- bzw. Geschäftszweig) _____

Selbstständig Arbeitnehmer Beihilfeempfänger in Ausbildung

Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG) Nicht erwerbstätig

seit _____ amb. % _____ stat. % _____

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

Konto-Nummer _____ Bankleitzahl _____ Name und Ort des Geldinstitutes/Zweigstelle _____

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

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

Bitte beachten Sie den Punkt IV – „Einwilligung zur Übermittlung an die Finanzbehörden“ der „Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)“ auf der Rückseite.

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der Central den Finanzbehörden übermittelt werden.

Ich erteile meine Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden nicht.

Steueridentifikationsnummer _____

A Zu versichernde Person(en)

Ich beantrage für die nachstehend aufgeführte(n) Person(en) den Abschluss bzw. die Änderung eines Krankenversicherungsvertrages nach den jeweils bezeichneten Tarifen.
KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG: Das 30-fache des versicherten Tagessatzes darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das regelmäßige Nettoeinkommen der zu versichernden Person(en) aus beruflicher Tätigkeit nicht übersteigen.

Haben mitversicherte Kinder ein eigenes Einkommen? Ja Nein

Person **1** Name, Vorname, Titel der zu versichernden Person, ggf. Geburtsname _____ Steueridentifikationsnummer _____ Geburtsdatum _____ M W

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche) _____ Selbstständig Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG) Beihilfeempfänger

seit _____ Wie viele Arbeitnehmer beschäftigen Sie? _____ Arbeitnehmer Nicht erwerbstätig in Ausbildung

Nationalität / in Deutschland seit: _____ amb. % _____ stat. % _____ Dauer der Gehaltsfortzahlung _____ Wochen

Geschäftsadresse/Arbeitgeberanschrift: _____

Person **2** Name, Vorname, Titel der zu versichernden Person, ggf. Geburtsname _____ Steueridentifikationsnummer _____ Geburtsdatum _____ M W

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche) _____ Selbstständig Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG) Beihilfeempfänger

seit _____ Wie viele Arbeitnehmer beschäftigen Sie? _____ Arbeitnehmer Nicht erwerbstätig in Ausbildung

Nationalität / in Deutschland seit: _____ amb. % _____ stat. % _____ Dauer der Gehaltsfortzahlung _____ Wochen

Geschäftsadresse/Arbeitgeberanschrift: _____

Person **3** Name, Vorname, Titel der zu versichernden Person, ggf. Geburtsname _____ Steueridentifikationsnummer _____ Geburtsdatum _____ M W

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche) _____ Selbstständig Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG) Beihilfeempfänger

seit _____ Wie viele Arbeitnehmer beschäftigen Sie? _____ Arbeitnehmer Nicht erwerbstätig in Ausbildung

Nationalität / in Deutschland seit: _____ amb. % _____ stat. % _____ Dauer der Gehaltsfortzahlung _____ Wochen

Geschäftsadresse/Arbeitgeberanschrift: _____

Person **4** Name, Vorname, Titel der zu versichernden Person, ggf. Geburtsname _____ Steueridentifikationsnummer _____ Geburtsdatum _____ M W

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung/Branche) _____ Selbstständig Freiberufler (§ 18 Abs. 1.1 EStG) Beihilfeempfänger

seit _____ Wie viele Arbeitnehmer beschäftigen Sie? _____ Arbeitnehmer Nicht erwerbstätig in Ausbildung

Nationalität / in Deutschland seit: _____ amb. % _____ stat. % _____ Dauer der Gehaltsfortzahlung _____ Wochen

Geschäftsadresse/Arbeitgeberanschrift: _____

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

Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

I. Erklärung zur beantragten Versicherung

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Grundlage des Versicherungsvertrages sind dieser Antrag, die gewählten Tarife mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der auszustellende Versicherungsschein. Nebenabreden sind nur gültig, wenn sie von der Central schriftlich bestätigt werden. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder die Central schriftlich die Annahme des Antrages erklärt.

2. Widerrufsbelehrung

a) Widerrufsrecht

Ich kann meine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem ich den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten habe. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln. Bei einem Widerruf per Telefax schicken Sie diesen an folgende Faxnummer: 0221 1636 200.

b) Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und die Central erstattet mir den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn ich zugestimmt habe, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf die Central in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

c) Besondere Hinweise

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

3. Mindestvertragsdauer/Versicherungsjahr

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

4. Beginn des Versicherungsschutzes/Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt regelmäßig mit dem im Versicherungsantrag und im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Werden zu bereits bestehenden Versicherungen zusätzliche Versicherungen oder Höherstufungen vereinbart, sind insoweit die bedingungsgemäßen Wartezeiten zu erfüllen.

Wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Versicherungsschutz bei Neugeborenen und bei adoptierten Kindern bereits mit der Geburt oder Adoption beginnen.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

5. Erklärung zu Tagegeldversicherungen

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

6. Erklärung zu anderweitigen Versicherungen

Ich verpflichte mich, ab Antragstellung die Central über den Abschluss eines Krankheitskostenversicherungsvertrages bei einem weiteren

Versicherer oder von der Inanspruchnahme der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung unverzüglich zu unterrichten.

II. Entbindung von der Schweigepflicht

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

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

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

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

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

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

III. Erklärung zum Datenschutz

Ich willige ein, dass die Central im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitigen und künftigen Vertragsanbahnungen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Central zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden bezieht und verarbeitet. Überdies bezieht und verarbeitet die Central zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten von der SCHUFA AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden.

Ohne Einfluss auf den Vertrag willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen. Der Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck kann ich jederzeit ganz oder zum Teil gegenüber der Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln, widersprechen.

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

Der Verwendung meiner Daten zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung kann ich jederzeit ganz oder zum Teil unter folgender Adresse widersprechen: Central Krankenversicherung AG, Hansaring 40-50, 50670 Köln.

IV. Einwilligung zur Übermittlung an die Finanzbehörden

Beiträge zur privaten Krankenversicherung und zur privaten Pflegepflichtversicherung werden steuerlich begünstigt. Die Beiträge mindern als sog. Sonderausgaben – ggf. bei der Bestimmung der Lohnsteuer durch meinen Arbeitgeber oder Dienstherrn – das zu versteuernde Einkommen und damit meine Steuerlast. Beiträge zur privaten Krankenversicherung können abhängig vom Versicherungsschutz zumindest anteilig als Sonderausgaben geltend gemacht werden; Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung sind in voller Höhe steuerlich abzugsfähig. Voraussetzung der Steuererminderung ist allerdings, dass die Central die steuerlich begünstigten Beiträge unter Verwendung meiner Steueridentifikationsnummer an die Deutsche Rentenversicherung Bund meldet. Die Deutsche Rentenversicherung Bund wird die Daten in die sog. ELSTAM-

Datenbank der Finanzverwaltung zum Abruf und zur Verwendung durch die Finanzämter einstellen. Wenn ich einen entsprechenden Antrag bei meinem Finanzamt gestellt habe, kann auch mein Arbeitgeber auf die ELSTAM-Datenbank zugreifen und die abzugsfähigen Beiträge bereits bei der Berechnung der Lohnsteuer steuermindernd berücksichtigen. Mit meiner Einwilligung wird die Central meine Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern abfragen und die steuerlich begünstigten Beiträge unter Verwendung meiner Steueridentifikationsnummer mit meiner Versichertennummer an die Deutsche Rentenversicherung Bund übermitteln. Eine einmal erteilte Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, ich widerrufe die Einwilligung schriftlich gegenüber der Central. Ohne Einwilligung oder im Falle des Widerrufs der Einwilligung können meine Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung steuermindernd nicht und im Lohnsteuerabzugsverfahren nur anhand von Pauschalbeträgen berücksichtigt werden.

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Für alle Verträge, die nicht der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dienen, gilt: Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten oder weil Ihr Vertrag der Erfüllung der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Krankheitskostenvollversicherung dient, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auch insoweit können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Was ist für Sie sonst noch wichtig?

1. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

2. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Central Krankenversicherung AG
Hansaring 40–50 · 50670 Köln
Telefon +49 (0)221 1636-0
Telefax +49 (0)221 1636-200

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. h. c. (RUS) Dr. Wolfgang Kasko
Vorstand: Heinz Teuscher (Vors.), Oliver Brüß, Frank Hüppelshäuser, Hans-Herbert Rospleszcz
Sitz: Köln, Amtsgericht Köln HR B 93