

SAFE-KAPITAL
Flinsberger Str. 1

37308 Heilbad Heiligenstadt

Flinsberger Str. 1
37308 Heilbad Heiligenstadt
Tel.: 0 36 06 – 6 07 10 80
Fax.: 0 36 06 – 6 07 10 83
Email: info@safe-kapital.de

Bitte verwenden Sie dieses Blatt zum Versand des Antrages.

Danke

Alle Unterlagen werden nach Rücksendung in unserem Haus eingescannt und Ihnen per Email übermittelt.



Bitte in Blockschrift ausfüllen.

08804

5 7 0 3 0 0 1 0 1 9
NL/VD BD AB Verm. Nr. Org.KZ Motiv GSG ZUW Versicherungsnummer SV-VK-Nr.
PV OD GM AF Gültig ab

Table with columns for Pflegegeld im Monat, Angebot 1 oder 2, Individuelles Angebot, Akut, and Monatsbeitrag. Rows for Pflegestufe 1, 2, 3.

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in und zu versichernde Person
Herr/Frau Name Vorname Titel
Straße, Haus-Nr. (1. Wohnsitz) PLZ, Ort (1. Wohnsitz)

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (Sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Straße, Haus-Nr, PLZ, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Privatwirtschaft Arbeiter/-in Angestellte/-r Selbstständige/-r Freiberufler
Öffentlicher Dienst Beamter/Beamtin Student/-in/Schüler/-in Hausfrau/-mann Sonstige

Telefon Telefax E-Mail

Sind oder waren Sie oder ein Familienmitglied bereits bei der AXA oder DBV/DBV-Winterthur krankenversichert? nein ja Versicherungsnummer

Versicherungsbeginn 01.

Widerrufliche Einzugsermächtigung
Konto-Nr. Bankleitzahl Geldinstitut

Bestehende Pflegepflichtversicherung
Besteht eine deutsche Pflegepflichtversicherung? ja nein

Angaben zum Gesundheitszustand
Der/die Vermittler/-in berät Sie in Versicherungsfragen. Er/sie ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen.

Größe Gewicht cm kg

- 1. Besteht eine anerkannte Behinderung / Schwerbehinderung oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit, einer Erwerbsunfähigkeit, einer Invalidität oder einer Pflegebedürftigkeit oder wurden solche jemals beantragt?
2. Bestehen bei Ihnen durch einen Arzt oder andere Heilbehandler diagnostizierte, dauerhafte oder immer wieder auftretende Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche/geistige Veränderungen oder Funktionsbeeinträchtigungen – oder ist eine medikamentöse Behandlung/Therapie/Kontrolluntersuchung durch Ärzte oder andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen notwendig oder angeraten?

Nicht anzeigepflichtig sind folgende Krankheiten, wenn sie als Einzeldiagnosen vorliegen:
Akne, Allergien, Bluthochdruck – wenn medikamentös gut eingestellt (Hypertonie), Cholesterinwerte – erhöhte, Divertikulitis (Darmdivertikel), Gastritis (Magenschleimhautentzündung), Jodmangel, Migräne, Neurodermitis, Prostatavergrößerung – gutartige, Schielen, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion – die angeborene Schilddrüsenunterfunktion ist anzugeben, Schuppenflechte (Psoriasis), Sinusitis – chronische, Sodbrennen – ohne ursächliche Diagnose, Stottern, Tinnitus, Wechseljahresstörungen (Menopausensyndrom).

Für Personen ab Vollendung des 66. Lebensjahres ist mit der Antragstellung das Ärztliche Zeugnis für die Pflegeergänzungsversicherung einzureichen.

Erläuterungen
zu Frage: Name und genaue Anschrift der Ärzte und anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z.B. Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Therapeut/-in, ...)

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen
Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Unterschriften
Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden.
Ort und Datum Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel Steffen Kellner
Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in Tel.-Nr. und Fax-Nr. des Vermittlers/der Vermittlerin Tel.: 03606 / 6 07 10 80 Fax.: 03606 / 6 07 10 80

DOK 10360

Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit der Versicherer Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, 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 nachfolgenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Soweit der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme nochmals in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Anzuzeigen sind jedoch bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Dieses Recht steht dem Versicherer nicht zu, wenn

- Sie nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde, oder
- bei einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht grds. kein Versicherungsschutz, es sei denn, der Versicherer erklärt den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles und Sie weisen nach, dass der nicht oder der nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Der Versicherungsschutz besteht allerdings auch in diesem Fall nicht, wenn der Versicherer seine Vertragserklärung wegen arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht angefochten hat.

Dem Versicherer steht im Falle eines Rücktritts wegen Anzeigepflichtverletzung die Prämie bis zum Wirksamwerden des Rücktritts zu.

2. Kündigung

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, er hätte den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen.

3. Vertragsänderung

Steht dem Versicherer auf Grund der vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung weder ein Recht zum Rücktritt noch zur Kündigung zu, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, d.h. diese geschah weder vorsätzlich, grob fahrlässig noch fahrlässig, steht dem Versicherer auch das Rechte zur Vertragsänderung nicht zu.

Ausübung der Rechts des Versicherers

Der Versicherer kann sein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von diesem geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung seiner Rechte hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Der Versicherer kann zur Begründung nachträglich weitere Umstände angeben, sofern für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Rechte erlöschen grds. nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Rechte erlöschen nach Ablauf von zehn Jahren bei einer vorsätzlichen oder arglistigen Verletzung der Anzeigepflicht.

Die Ausübung der Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn dieser die nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrumstände kannte.

Stellvertretung

Wird der Vertrag durch Ihren Vertreter geschlossen sind bei der Anwendung der vorgenannten Regelungen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch Ihre Kenntnis oder Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise!

Sondervertrag

Sofern auf Seite 1 des Antrages eine Sondervertragsnummer (SVNR) eingetragen wurde, handelt es sich bei diesem Antrag um eine Anmeldung zum entsprechenden Gruppenversicherungsvertrag bzw. einen Antrag zum Empfehlungsvertrag für eine private Krankenversicherung des Geschäftsbereichs Firmen-, Verbände- und Spezialgeschäft. Die Sonderkonditionen des jeweiligen Gruppen- bzw. Empfehlungsvertrages gelten nur, sofern Sie dem versicherbaren Personenkreis des entsprechenden Sondervertrages zugehörig sind.

Scheiden Sie aus dem versicherbaren Personenkreis aus oder wird der entsprechende Sondervertrag von den Vertragsparteien beendet, so haben Sie das Recht den Krankenversicherungsvertrag zu normalen Konditionen fortzuführen.

Widerrufsbelehrung für den Antrag auf Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages und für den Bestand – jeweils im Antragsverfahren

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, 3 und 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, Fax 02 21-1 48-36202, E-Mail: info@axa.de.

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

Bei einer Vertragsänderung gilt: Sofern der Beginn der beantragten Vertragsänderung vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich einverstanden, dass der erste geänderte oder einmalige Beitrag – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d. h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, 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 Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat | X | 1/360 der im Antrag ausgewiesenen Jahresprämie |
| | | 1/180 der im Antrag ausgewiesenen Halbjahresprämie |
| | | 1/90 der im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresprämie |
| | | 1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie |

Bei einer Vertragsänderung gilt: Im Falle eines wirksamen Widerrufs wird der Zustand wieder hergestellt, wie er vor dieser Vertragsänderung bestand und wir erstatten Ihnen, sollte ein erhöhter Beitrag gezahlt worden sein, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der erhöhten Prämie. Den Teil der erhöhten Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

| | | |
|---|---|---|
| Anzahl der Tage, an denen der geänderte Versicherungsschutz bestanden hat | X | 1/360 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Jahresprämie |
| | | 1/180 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Halbjahresprämie |
| | | 1/90 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Vierteljahresprämie |
| | | 1/30 des im Antrag ausgewiesenen erhöhten Teils der Monatsprämie |

Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz oder im Falle einer Vertragsänderung der geänderte 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.

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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Hinweis zur Datenverarbeitung

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an:

AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln,
Telefon: 02 21-1 48 36-202, E-Mail: info@axa.de

Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden. (Vgl. dazu Ziffer II.)

Einen intensiveren Schutz genießen besondere Arten personenbezogener Daten (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Diese dürfen wir im Regelfall nur verwenden, nachdem Sie hierin ausdrücklich eingewilligt haben. (Vgl. dazu Ziffer III.)

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II. und Ziffer III. ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies läßt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollten die Einwilligungen ganz oder teilweise zurückgezogen werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht;
 - zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der zur AXA-Gruppe gehörenden Unternehmen (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen und die im Internet unter www.AXA.de und www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z.B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten;

4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln;
5. durch andere Unternehmen/Personen (Dienstleister) innerhalb und außerhalb der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen), denen der Versicherer oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt und die im Internet unter www.AXA.de sowie www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung konzerneigener Datenbestände und durch Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen. Dadurch kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen. Hierfür wird meine Schweigepflichtentbindung benötigt;
7. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch
 - a) den Versicherer, andere Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) und den für mich zuständigen Vermittler sowie zur Datenverarbeitung durch den von diesem Vermittler zur ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungs- und Finanzangelegenheiten ggf. eingeschalteten Maklerpool bzw. technischen Dienstleister (Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen) oder sonstigen Dienstleister, den ich bei meinem Vermittler erfragen kann;
 - b) Kooperationspartner des Versicherers (die im Internet unter www.AXA.de sowie www.DBV.de einsehbar sind oder mir auf Wunsch mitgeteilt werden); Werden aufgrund von Kooperationen mit Gewerkschaften bzw. sonstigen Dritten (z.B. Vereinen, gesetzlichen Krankenkassen, Firmen) Vorteilskonditionen gewährt, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherer zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft bzw. Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilskonditionen besteht, mit den Gewerkschaften bzw. jeweiligen Dritten einen Datenabgleich vornimmt;
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein anderes Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) oder eine Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
9. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem der Versicherer, ein Unternehmen der AXA-Gruppe (zu denen auch die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG sowie die DBV Deutsche Beamtenversicherung Gesellschaften zählen) oder eine Auskunft eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) einholt.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Schweigepflichtentbindung

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Auch zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation).

Um diese Prüfung und Bewertung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärung ab:

- a) Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- b) Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst worden ist, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zum Ablauf von 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- c) Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht die unter a) genannten Personen und Institute, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- d) Die Angehörigen des Versicherers und seiner Dienstleistungsgesellschaften befreie ich von ihrer Schweigepflicht insoweit, als Gesundheitsdaten an beratende Ärzte oder Gutachter weitergegeben werden bzw. Informationen gemäß Ziffer II. Nr. 6 an den PKV-Verband und die angeschlossenen Krankenversicherer gemeldet werden.

Wir werden Gesundheitsdaten nach den Absätzen a), b) und c) nur erheben, nachdem wir Sie darauf hingewiesen haben, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Auch können Sie jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn Sie in die einzelne Erhebung jeweils eingewilligt haben. Hierdurch bleibt aber die Verpflichtung, die für Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Leistungspflichtprüfung erforderliche Nachweise zu erbringen, unberührt. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich unsere Prüfung, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben, verzögert.

Datenverwendung

Um die Datenverwendung zu ermöglichen, geben Sie folgende Erklärungen ab:

- a) Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.
- b) Ich willige ferner ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (Risikoprüfung und Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing an Dienstleister), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen.

An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6. keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Zustimmung zu der Dienstleistung durch Dritte

Zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten bei Pflegevorsorgetarifen hat die AXA Krankenversicherung AG die Firma MD Medicus als Dienstleister beauftragt.

Die AXA Krankenversicherung AG behält sich vor zukünftig diese Aufgaben an andere Dienstleister zu übertragen.

Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Kontoinhaber, die Kontonummer, die Bankleitzahl und die Bankverbindung mit.

AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln, Internet: www.AXA.de
Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 1012
USt-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Gernot Schlösser
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen, Wolfgang Hanssmann, Jens Hasselbacher, Thomas Michels, Ulrich C. Nießen, Dr. Heinz-Jürgen Schwering, Jens Wieland

24-Stunden-Kundenservice: 0 1803-55 66 22 *

*9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk 42 Cent je angefangene Minute

Produktinformationsblatt Tarif Pflegevorsorge Flex

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern.

Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif Pflegevorsorge Flex ist eine Pflegegeldversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Im Pflegefall erhalten Sie folgende Leistungen:

Aus Pflegevorsorge Flex 1:

20% des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, wenn ein erheblicher Betreuungsbedarf vorliegt und noch keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I, II oder III.

100% des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, wenn Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) vorliegt.

Aus Pflegevorsorge Flex 2:

100% des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, wenn Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) vorliegt.

Aus Pflegevorsorge Flex 3:

100% des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, wenn Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) vorliegt.

Besondere Vorteile der Tarife Pflegevorsorge Flex 1, Flex 2 und Flex 3:

- Sie erhalten das vereinbarte Pflegegeld monatlich im Voraus. Liegt die Pflegebedürftigkeit keinen ganzen Monat vor, so wird dennoch ein komplettes monatliches Pflegegeld gezahlt.
- Liegt eine Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I vor, sind keine Beiträge für die versicherte Person in den Tarifen Flex 1, Flex 2 und Flex 3 mehr zu zahlen.
- Option auf Höherversicherung
Sie können zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung das vereinbarte monatliche Pflegegeld erhöhen, sofern die versicherte Person das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und auch kein Pflegeantrag gestellt wurde. Anlässe sind:
 - Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung
 - Beruflicher Statuswechsel
 - Geburt eines Kindes
 - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes
 - Darüber hinaus zu Beginn des 6. Versicherungsjahres, wenn der Versicherungsschutz 5 Jahre ununterbrochen bestanden hat und nicht im Rahmen einer Kindernachversicherung abgeschlossen wurde.
 - Einmalig bei einer Veränderung der Rahmenbedingungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit bzw. Kürzung der Pflegeleistungen)

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

| Alter | Absicherung 1 (mtl. Pflegegeld/Beitrag) | Absicherung 2 (mtl. Pflegegeld/Beitrag) |
|-------|--|--|
| | P I = 300 Euro | P I = 500 Euro |
| | P II = 600 Euro | P II = 800 Euro |
| | P III = 1000 Euro | P III = 1200 Euro |

| | Mann | Frau | Mann | Frau |
|----|-------|-------|-------|-------|
| 20 | 6,61 | 11,51 | 9,03 | 15,69 |
| 21 | 6,80 | 11,82 | 9,28 | 16,12 |
| 22 | 7,08 | 12,29 | 9,66 | 16,75 |
| 23 | 7,36 | 12,66 | 10,04 | 17,26 |
| 24 | 7,64 | 13,03 | 10,42 | 17,77 |
| 25 | 7,85 | 13,53 | 10,73 | 18,45 |
| 26 | 8,13 | 13,90 | 11,11 | 18,96 |
| 27 | 8,50 | 14,40 | 11,62 | 19,64 |
| 28 | 8,78 | 14,96 | 12,00 | 20,40 |
| 29 | 9,19 | 15,36 | 12,55 | 20,96 |
| 30 | 9,56 | 15,92 | 13,06 | 21,72 |
| 31 | 9,93 | 16,51 | 13,57 | 22,53 |
| 32 | 10,30 | 17,07 | 14,08 | 23,29 |
| 33 | 10,77 | 17,72 | 14,71 | 24,18 |
| 34 | 11,17 | 18,50 | 15,27 | 25,24 |
| 35 | 11,60 | 19,15 | 15,86 | 26,13 |
| 36 | 12,10 | 19,93 | 16,54 | 27,19 |
| 37 | 12,66 | 20,61 | 17,30 | 28,13 |
| 38 | 13,15 | 21,48 | 17,99 | 29,32 |
| 39 | 13,77 | 22,41 | 18,83 | 30,59 |
| 40 | 14,36 | 23,28 | 19,64 | 31,78 |
| 41 | 15,01 | 24,34 | 20,53 | 33,22 |
| 42 | 15,66 | 25,36 | 21,42 | 34,62 |
| 43 | 16,44 | 26,45 | 22,48 | 36,11 |
| 44 | 17,18 | 27,66 | 23,50 | 37,76 |
| 45 | 18,05 | 28,84 | 24,69 | 39,38 |
| 46 | 18,89 | 30,27 | 25,83 | 41,33 |
| 47 | 19,75 | 31,70 | 27,03 | 43,28 |

| Fortsetzung | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|--------|
| Alter | Mann | Frau | Mann | Frau |
| 48 | 20,84 | 33,16 | 28,50 | 45,28 |
| 49 | 21,83 | 34,84 | 29,87 | 47,56 |
| 50 | 22,94 | 36,58 | 31,40 | 49,94 |
| 51 | 24,15 | 38,38 | 33,05 | 52,40 |
| 52 | 25,39 | 40,31 | 34,75 | 55,03 |
| 53 | 26,88 | 42,42 | 36,78 | 57,92 |
| 54 | 28,30 | 44,69 | 38,74 | 61,01 |
| 55 | 29,82 | 47,08 | 40,82 | 64,28 |
| 56 | 31,62 | 49,66 | 43,28 | 67,80 |
| 57 | 33,38 | 52,42 | 45,70 | 71,58 |
| 58 | 35,33 | 55,40 | 48,37 | 75,66 |
| 59 | 37,50 | 58,73 | 51,34 | 80,19 |
| 60 | 39,76 | 62,17 | 54,44 | 84,91 |
| 61 | 42,27 | 65,99 | 57,87 | 90,13 |
| 62 | 45,00 | 70,09 | 61,60 | 95,73 |
| 63 | 47,91 | 74,66 | 65,59 | 101,96 |
| 64 | 51,10 | 79,50 | 69,96 | 108,58 |
| 65 | 54,57 | 84,97 | 74,71 | 116,05 |

Eintrittsalter = Beginn minus Geburtsjahr.

Die Prämie ist jeweils zum ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Wenn Sie die erste Prämie nicht oder verspätet bezahlen, haben wir das Recht, bis zur Zahlung der Erstprämie vom Vertrag zurückzutreten und eine angemessene Gebühr zu verlangen. Wird der Rücktritt von Seiten des Versicherers erklärt, so gilt der Versicherungsvertrag als nicht zustande gekommen und es besteht für Sie kein Versicherungsschutz.

Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Zahlen Sie bis Ablauf dieser Frist nicht, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen zur Leistungsfreiheit hinsichtlich einzelner Versicherungsfälle bis hin zur Kündigung des Versicherungsvertrages mit endgültigem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

Individuelle Absicherung

Die Beiträge für das individuelle Angebot entnehmen Sie bitte der Beitragstabelle auf der nächsten Seite.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns bei Neuabschluss einer weiteren oder der Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegetagegeldversicherung. Beides darf nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden. Werden wir nicht unterrichtet, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG fristlos kündigen (s.a. § 11 Abs. 4 in Verbindung mit § 12 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge). Oder Sie verlieren ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2 – 4 VVG genannten Einschränkungen.

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Der § 11 der Bedingungen für die Pflegevorsorge enthält noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall deren Verletzung nach § 12 Abs. 1 der Bedingungen bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem beantragten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge.

Beitragstabelle für das individuelle Angebot

Monatsbeiträge Pflegevorsorge Flex 1
für 100 Euro monatliches Pflegegeld
für Pflegestufe I in Euro

| Alter | Mann | Frau | Alter | Mann | Frau |
|-------|------|------|-------|------|------|
| 20 | 0,51 | 0,89 | 43 | 1,28 | 2,07 |
| 21 | 0,52 | 0,92 | 44 | 1,34 | 2,16 |
| 22 | 0,54 | 0,95 | 45 | 1,41 | 2,26 |
| 23 | 0,56 | 0,98 | 46 | 1,47 | 2,37 |
| 24 | 0,58 | 1,01 | 47 | 1,55 | 2,48 |
| 25 | 0,61 | 1,05 | 48 | 1,62 | 2,60 |
| 26 | 0,63 | 1,08 | 49 | 1,71 | 2,72 |
| 27 | 0,66 | 1,12 | 50 | 1,80 | 2,86 |
| 28 | 0,68 | 1,16 | 51 | 1,89 | 3,00 |
| 29 | 0,71 | 1,20 | 52 | 1,99 | 3,15 |
| 30 | 0,74 | 1,24 | 53 | 2,10 | 3,32 |
| 31 | 0,77 | 1,29 | 54 | 2,22 | 3,49 |
| 32 | 0,80 | 1,33 | 55 | 2,34 | 3,68 |
| 33 | 0,83 | 1,38 | 56 | 2,48 | 3,88 |
| 34 | 0,87 | 1,44 | 57 | 2,62 | 4,10 |
| 35 | 0,90 | 1,49 | 58 | 2,77 | 4,34 |
| 36 | 0,94 | 1,55 | 59 | 2,94 | 4,59 |
| 37 | 0,98 | 1,61 | 60 | 3,12 | 4,87 |
| 38 | 1,03 | 1,68 | 61 | 3,31 | 5,17 |
| 39 | 1,07 | 1,75 | 62 | 3,52 | 5,49 |
| 40 | 1,12 | 1,82 | 63 | 3,75 | 5,84 |
| 41 | 1,17 | 1,90 | 64 | 4,00 | 6,22 |
| 42 | 1,22 | 1,98 | 65 | 4,27 | 6,65 |

Monatsbeiträge Pflegevorsorge Flex 3
für 100 Euro monatliches Pflegegeld
für Pflegestufe III in Euro

| Alter | Mann | Frau | Alter | Mann | Frau |
|-------|------|------|-------|------|------|
| 20 | 0,22 | 0,41 | 43 | 0,54 | 0,92 |
| 21 | 0,23 | 0,42 | 44 | 0,56 | 0,96 |
| 22 | 0,24 | 0,44 | 45 | 0,59 | 1,00 |
| 23 | 0,25 | 0,45 | 46 | 0,62 | 1,05 |
| 24 | 0,26 | 0,46 | 47 | 0,64 | 1,10 |
| 25 | 0,26 | 0,48 | 48 | 0,68 | 1,15 |
| 26 | 0,27 | 0,49 | 49 | 0,71 | 1,21 |
| 27 | 0,28 | 0,51 | 50 | 0,74 | 1,27 |
| 28 | 0,29 | 0,53 | 51 | 0,78 | 1,33 |
| 29 | 0,31 | 0,54 | 52 | 0,82 | 1,40 |
| 30 | 0,32 | 0,56 | 53 | 0,87 | 1,47 |
| 31 | 0,33 | 0,58 | 54 | 0,91 | 1,55 |
| 32 | 0,34 | 0,60 | 55 | 0,96 | 1,63 |
| 33 | 0,36 | 0,62 | 56 | 1,02 | 1,72 |
| 34 | 0,37 | 0,65 | 57 | 1,07 | 1,81 |
| 35 | 0,38 | 0,67 | 58 | 1,13 | 1,91 |
| 36 | 0,40 | 0,70 | 59 | 1,20 | 2,03 |
| 37 | 0,42 | 0,72 | 60 | 1,27 | 2,14 |
| 38 | 0,43 | 0,75 | 61 | 1,35 | 2,27 |
| 39 | 0,45 | 0,78 | 62 | 1,44 | 2,41 |
| 40 | 0,47 | 0,81 | 63 | 1,53 | 2,57 |
| 41 | 0,49 | 0,85 | 64 | 1,63 | 2,73 |
| 42 | 0,51 | 0,88 | 65 | 1,74 | 2,92 |

Eintrittsalter = Beginn minus Geburtsjahr.

Monatsbeiträge Pflegevorsorge Flex 2
für 100 Euro monatliches Pflegegeld
für Pflegestufe II in Euro

| Alter | Mann | Frau | Alter | Mann | Frau |
|-------|------|------|-------|------|------|
| 20 | 0,48 | 0,79 | 43 | 1,20 | 1,84 |
| 21 | 0,49 | 0,81 | 44 | 1,26 | 1,93 |
| 22 | 0,51 | 0,84 | 45 | 1,32 | 2,01 |
| 23 | 0,53 | 0,87 | 46 | 1,38 | 2,11 |
| 24 | 0,55 | 0,90 | 47 | 1,45 | 2,21 |
| 25 | 0,57 | 0,93 | 48 | 1,53 | 2,31 |
| 26 | 0,59 | 0,96 | 49 | 1,60 | 2,43 |
| 27 | 0,62 | 0,99 | 50 | 1,69 | 2,55 |
| 28 | 0,64 | 1,03 | 51 | 1,78 | 2,68 |
| 29 | 0,66 | 1,06 | 52 | 1,87 | 2,81 |
| 30 | 0,69 | 1,10 | 53 | 1,98 | 2,96 |
| 31 | 0,72 | 1,14 | 54 | 2,09 | 3,12 |
| 32 | 0,75 | 1,18 | 55 | 2,20 | 3,29 |
| 33 | 0,78 | 1,23 | 56 | 2,33 | 3,47 |
| 34 | 0,81 | 1,28 | 57 | 2,47 | 3,67 |
| 35 | 0,85 | 1,33 | 58 | 2,62 | 3,88 |
| 36 | 0,88 | 1,38 | 59 | 2,78 | 4,11 |
| 37 | 0,92 | 1,43 | 60 | 2,95 | 4,36 |
| 38 | 0,96 | 1,49 | 61 | 3,14 | 4,63 |
| 39 | 1,01 | 1,56 | 62 | 3,34 | 4,92 |
| 40 | 1,05 | 1,62 | 63 | 3,56 | 5,24 |
| 41 | 1,10 | 1,69 | 64 | 3,80 | 5,59 |
| 42 | 1,15 | 1,77 | 65 | 4,06 | 5,97 |

Produktinformationsblatt Tarif Pflegevorsorge AKUT der AXA Krankenversicherung AG

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern.

Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif Pflegevorsorge Akut ist eine Pflegeversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Leistung dieser Versicherung beinhaltet eine 24 Stunden Hotline, die Informationen und Beratung zu einer Vielzahl von Fragen zur Pflegebedürftigkeit anbietet und zielgerichtete Dienstleistungen vermittelt.

Wir garantieren Ihnen Versorgungssicherheit im Versicherungsfall. Soweit erforderlich vermitteln wir entweder die Unterbringung der versicherten Person in einer stationären Pflegeeinrichtung oder die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst jeweils in Deutschland. Dies erfolgt zum bald möglichen Zeitpunkt, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Feststellung und Meldung des Versicherungsfalles an den 24 Stunden Hotline-Service des Versicherers.

Darüber hinaus werden im Versicherungsfall 100% der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Dienstleistungen, soweit diese erforderlich sind, bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 Euro erstattet, wenn diese von uns bzw. unserem Assistenten vermittelt oder organisiert werden oder vorab eine Kostenzusage von diesen erfolgt:

- Beförderung
- Menüservice
- Einkäufe, Besorgungen und Botengänge
- Wohnungsreinigung
- Wäsche-Service
- Begleitservice und Fahrdienst
- Gartenpflege
- Schneeräumung und Laubbeseitigung
- Tag- und Nachtwache
- Kinderbetreuung
- Versorgung von Haustieren
- Installation von Hausnotrufsystemen
- Pflegeschulung
- Freizeitbetreuung

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Monatsbeiträge für Pflegevorsorge Akut in Euro

| Alter | Mann | Frau | Alter | Mann | Frau |
|-------|------|------|-------|------|------|
| 20 | 0,80 | 1,20 | 43 | 2,10 | 2,70 |
| 21 | 0,90 | 1,20 | 44 | 2,20 | 2,80 |
| 22 | 0,90 | 1,30 | 45 | 2,30 | 2,90 |
| 23 | 0,90 | 1,30 | 46 | 2,50 | 3,10 |
| 24 | 1,00 | 1,30 | 47 | 2,60 | 3,20 |
| 25 | 1,00 | 1,40 | 48 | 2,70 | 3,40 |
| 26 | 1,10 | 1,40 | 49 | 2,80 | 3,50 |
| 27 | 1,10 | 1,50 | 50 | 3,00 | 3,70 |
| 28 | 1,10 | 1,50 | 51 | 3,10 | 3,90 |
| 29 | 1,20 | 1,60 | 52 | 3,30 | 4,00 |
| 30 | 1,20 | 1,60 | 53 | 3,50 | 4,20 |
| 31 | 1,30 | 1,70 | 54 | 3,70 | 4,50 |
| 32 | 1,30 | 1,80 | 55 | 3,90 | 4,70 |
| 33 | 1,40 | 1,80 | 56 | 4,10 | 4,90 |
| 34 | 1,50 | 1,90 | 57 | 4,30 | 5,20 |
| 35 | 1,50 | 2,00 | 58 | 4,60 | 5,40 |
| 36 | 1,60 | 2,00 | 59 | 4,80 | 5,70 |
| 37 | 1,60 | 2,10 | 60 | 5,10 | 6,00 |
| 38 | 1,70 | 2,20 | 61 | 5,40 | 6,30 |
| 39 | 1,80 | 2,30 | 62 | 5,70 | 6,70 |
| 40 | 1,90 | 2,40 | 63 | 6,10 | 7,10 |
| 41 | 2,00 | 2,50 | 64 | 6,50 | 7,50 |
| 42 | 2,00 | 2,60 | 65 | 6,90 | 7,90 |

Das Eintrittsalter berechnet sich wie folgt: Eintrittsalter = Beginn minus Geburtsjahr

*Kinder/Jugendliche zahlen Tarifbeiträge bis 19 Jahre. Nach Vollendung des 20. Lebensjahres zahlen sie Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20.

Die Prämie ist jeweils zum ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Wenn Sie die erste Prämie nicht oder verspätet bezahlen, haben wir das Recht, bis zur Zahlung der Erstprämie vom Vertrag zurückzutreten und eine angemessene Gebühr zu verlangen. Wird der Rücktritt von Seiten des Versicherers erklärt, so gilt der Versicherungsvertrag als nicht zustande gekommen und es besteht für Sie kein Versicherungsschutz.

Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Zahlen Sie bis Ablauf dieser Frist nicht, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen zur Leistungsfreiheit hinsichtlich einzelner Versicherungsfälle bis hin zur Kündigung des Versicherungsvertrages mit endgültigem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für Pflegebedürftigkeit, die auf Sucht beruht. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Während der Laufzeit des Vertrages sind von Ihnen keine Obliegenheiten zu beachten außer nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Des weiteren ist uns eine Änderung Ihrer Postanschrift mitzuteilen, da sonst ein eingeschriebener Brief an Sie als zugegangen gilt.

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Der § 11 der Bedingungen für die Pflegevorsorge enthält noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall deren Verletzung nach § 12 Abs. 1 der Bedingungen bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem beantragten und im Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte den §§ 14 und 16 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut.

Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die AXA Krankenversicherung AG, Colonia Allee 10 – 20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln, eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer HR B Nr. 1012.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Fußzeile des Schreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

Unsere ausschließliche Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers finden Sie auf dem Anschreiben zu unserem Angebot, dem Vorschlag oder dem Ihnen ausgehändigten Antragsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

- Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages**
Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.
- Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes**
Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Bitte beachten Sie die Fristen nach Ziffer 4.
- Beginn des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Ablauf von im Tarif bezeichneten Wartezeiten.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern die AXA Krankenversicherung AG die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen oder evtl. Angebote begrenzt hat, finden Sie in den jeweiligen Dokumenten einen entsprechenden Hinweis. Im übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins ohne Angaben von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nur, wenn Sie den Versicherungsschein und alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Eine Erklärung in Textform (z.B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Der Widerruf ist zu richten an AXA Krankenversicherung AG, Colonia Allee 10-20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln.

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Der Vertrag wird, sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält, auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die vertraglich vereinbarte Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte den allgemeinen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewünschten Tarife.

Art und Umfang der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte dem Angebot nebst den ausgehändigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen der gewünschten Tarife. Im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen. Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 124, 127 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln
Telefon: 0221-37662-0, Telefax: 0221-37662-10

8. Gesamtpreis der Versicherung

Die zu zahlenden Prämien für die von Ihnen gewünschten Tarife entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Produktinformationsblatt. Diese gelten vorbehaltlich der Risikoprüfung.

9. Zahlung und Erfüllung

Die Prämie ist, sofern nichts anderes vereinbart wurde, monatlich jeweils zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen. Die erste Beitragsrate ist zum Versicherungsbeginn, frühestens aber unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen ab Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Üblicher Zahlungsweg ist das Lastschriftinzugsverfahren.

10. Kosten und Gebühren

Sie können sich mit unserem Kundenservice-Zentrum unter der Rufnummer 01803-556622 in Verbindung setzen. Hierbei fallen Gebühren an in Höhe von 9 Cent aus dem deutschen Festnetz und in Höhe von maximal 42 Cent aus dem Mobilfunknetz, jeweils je angefangenen Minute.

11. Beendigung des Vertrages

Die AXA Krankenversicherung AG verzichtet grundsätzlich auf das ordentliche Kündigungsrecht. Dies gilt für die Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung nur, wenn diese in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung (substitutive Krankenversicherung) bestehen.

Sie können einen Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber nach Ablauf einer ggfls. vertraglich vereinbarten Mindestvertragsdauer kündigen.

Für Tarif DENT gilt: Sie können den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Monats, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kündigen.

Dieses Kündigungsrecht gilt ab dem 01.01.2009 mit der Einschränkung, dass, sofern das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient, die Kündigung voraussetzt, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein entsprechender neuer Vertrag abgeschlossen wird. Dabei wird die Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Weitere Möglichkeiten zur Kündigung Ihres Versicherungsvertrages sowie sonstige Beendigungsgründe entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Sowohl auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis als auch auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht erhoben werden. Für den Fall, dass eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Vertragsschluss aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

13. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt.

14. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns bitte schriftlich oder rufen Sie uns an unter der Rufnummer 01803-556622 (9 Cent aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute).

- Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung,
Kronenstraße 13, 10117 Berlin
Telefon: 01802-550444 (6 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz, bei Mobilfunk maximal 42 Cent, je angefangene Minute).
Telefax: 030-20458931
www.pkv-ombudsmann.de
- Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten bleibt hiervon unberührt.

Vertragsgrundlage 411

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV)

Teil I Bedingungen

Stand: April 2010

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Versicherungsleistung

(1) Der Versicherte zahlt im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegegeld oder sonst vereinbarte Leistungen.

Versicherungsfall; Beginn und Ende

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(3) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne von Absatz 3 sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Die Hilfe im Sinne von Absatz 3 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(6) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatz 3 sind

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Stufe der Bedürftigkeit

(7) Die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der tariflich vereinbarten Pflegestufen erfolgt nach folgenden Kriterien

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(8) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(9) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Absatz 6 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf/Beginn und Ende

(10) Als Versicherungsfall gilt auch ein erheblicher Bedarf einer versicherten Person an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Er endet, wenn kein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung mehr besteht.

Bestimmung eines erheblichen Bedarfs an Beaufsichtigung und Betreuung

(11) Einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(12) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung der Situation;
- im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- Störung des Tag/Nacht-Rhythmus;
- Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a bis i, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Vertragsgrundlagen

(13) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den geltenden Gesetzen und Verordnungen.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Geltungsbereich

(14) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege im Gebiet der Europäischen Union sowie der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Eintritt und Dauer der Pflegebedürftigkeit oder des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einer versicherten Person sowie die Pflegestufe sind durch Vorlage der jeweils aktuellen Feststellungsunterlagen des medizinischen Dienstes der deutschen Pflegekasse bzw. eines privaten deutschen Krankenversicherungsunternehmens nachzuweisen.

(3) Bei der Feststellung der in Absatz 2 genannten Leistungsvoraussetzungen schließt sich der Versicherer der schriftlichen Entscheidung der deutschen Pflegekasse bzw. des deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmens hinsichtlich deren Leistungspflicht an.

(4) Die Leistung des Versicherers erfolgt unabhängig von einer Leistung der deutschen Pflegekasse bzw. des privaten deutschen Krankenversicherungsunternehmens als Träger der privaten Pflegepflichtversicherung.

(5) Zur Feststellung des Eintritts und der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit genügt eine ärztliche Bescheinigung, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Feststellung weder bei einer deutschen Pflegekasse noch bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichert ist. Der Versicherer stellt hierfür einen Vordruck für die ärztliche Bescheinigung zur Verfügung. Abs. 3 findet in diesen Fällen keine Anwendung.

(6) Bonifikationen

Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.

Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Bonifikationen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden. Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Bonifikation teilnehmen.

§ 5 Einschränkungen der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht bei Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person

- die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind.
- die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
- die vorsätzlich herbeigeführt wurde oder durch vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle verursacht wurde.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 8 Beitragszahlung

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.
- Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters, das die versicherte Person dann gemäß Satz 2 erreicht hat, zu zahlen.
- Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Abweichend von Satz 1 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheines zu zahlen, es sei denn, die Versicherung beginnt zu einem späteren Zeitpunkt.
- Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

§ 9 Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

§ 10 Beitragsanpassung

- Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 10 Vomhundertsatz und hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 5 Vomhundertsatz, kann der Versicherer unter den gleichen Voraussetzungen die Beiträge anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 11 Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten)

- Der Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit bzw. des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sind dem Versicherer unverzüglich, spätestens jedoch 42 Tage nach Feststellung durch den medizinischen Dienst (s. § 4 Absatz 2) oder Arzt (s. § 4 Absatz 5), schriftlich mitzuteilen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung (Pflegegeld oder Pflegekostenversicherung) oder Pflegerenten oder Pflegezusatzversicherung in der Lebensversicherung für eine versicherte Person bedarf der Einwilligung des Versicherers.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- Wird eine der in § 11 Abs. 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 13 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis – auch für einzelne versicherte Personen – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 10 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(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 Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit deren Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, binnen zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer zu erklären.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen Personen mit der dauerhaften Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedstaat der Europäischen Union noch Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist.

Dies gilt nicht, sofern eine von Satz 1 abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 18 Gerichtsstand

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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.

§ 19 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Vertragsgrundlage 257

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV)

Teil II Tarif Pflegevorsorge Flex

Stand: April 2012

Tarif Pflegevorsorge Flex

A. Leistungen des Versicherers

1. Monatliches Pflegegeld

Der Versicherer zahlt das vertraglich vereinbarte monatliche Pflegegeld ab dem 1. des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Die Leistungen richten sich nach der Höhe des für die versicherte Person für die jeweilige Pflegestufe vereinbarten Pflegegeldes.

Tarifstufen:

Flex 1: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I. Liegt bei Personen, die das 20. Lebensjahr vollendet haben, ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vor und keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III, so werden 20% des für Pflegestufe I vereinbarten Pflegegeldes fällig.

Flex 2: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II

Flex 3: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III

Ändert sich die Pflegestufe innerhalb eines Monats, so wird für diesen Monat die Leistung aus der für die jeweils höhere Pflegestufe bestehenden Tarifstufe fällig.

2. Höchst-Pflegegeld in den einzelnen Pflegestufen

Die Höhe des Pflegegeldes nach den Tarifstufen Flex 1 und Flex 2 darf die Höhe der beim Versicherer für die jeweils nächst höhere Pflegestufe bestehenden Pflegegelder nicht überschreiten.

B. Beitragsbefreiung

Besteht für eine versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegestufe I, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person in Tarif Pflegevorsorge Flex befreit. Die Beitragsbefreiung gilt jeweils für den ganzen Monat, in dem die Pflegebedürftigkeit besteht.

C. Dynamik

Der Versicherer erhöht das versicherte Pflegegeld ohne Gesundheitsprüfung planmäßig alle drei Jahre um 10% des zuletzt vereinbarten Satzes und zwar erstmals zum 1. Juli des 4. Versicherungsjahres, wenn die jeweils versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet hat. Dabei wird das Pflegegeld kaufmännisch auf volle 10,00 Euro gerundet.

Eine Erhöhung erfolgt bis max. zu den vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen.

Die planmäßige Beitragserhöhung wird nach den in § 9 AVB/PV Teil 1 festgelegten Grundsätzen berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhungen entfällt für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt einer möglichen planmäßigen Erhöhung einen Anspruch auf die Zahlung von Pflegegeld haben.

Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen im Vertrag versicherten Personen, für die Sie innerhalb von einem Monat nach unserer Mitteilung der Erhöhung widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

Widersprechen Sie für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgende Erhöhungen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.

D. Bonifikation

Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern oder die Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden könnten, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus).

Art, Umfang und Voraussetzungen der Verhaltensboni werden dem Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss, erfolgte Änderungen zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres mitgeteilt.

Die Bonifikationen werden ausgezahlt.

E. Option auf Höherversicherung

1. Umfang/Inhalt der Option

Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten den Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge Flex innerhalb der vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen um max. 500,00 Euro erhöhen. Dies umfasst sowohl die Anhebung des monatlichen Pflegegeldes als auch die Hinzuversicherung der Tarifstufe Flex 1 oder Flex 2, wenn diese bisher nicht bestanden.

Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung.

Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.

2. Ereignisse für die Inanspruchnahme der Option

Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen, sofern die versicherte Person das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und noch kein Pflegeantrag gestellt wurde:

- Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation z.B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;
- Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag;
- Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1 x pro Kind);
- Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbständigkeit;
- Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung und Selbständigkeit in ein Beamtenverhältnis;
- Versicherte Personen, die erstmalig eine Pflegezusatzversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Höherversicherung verlangen, wenn vorher 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge Flex bestand.
- Einmalig bei Veränderung der Rahmbedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung (geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit bzw. Kürzung der Pflegeleistungen).

Die Option nach f) gilt nicht für versicherte Personen, die aufgrund § 198 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (Kindernachversicherung) versichert wurden.

3. Frist zur Wahrnehmung der Option

Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option muss dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zugehen:

- Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.
- Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
- In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

F. Mindest-Pflegegeld

Das monatliche Mindest-Pflegegeld je Tarifstufe beträgt 100 Euro.

G. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, die in der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind oder waren.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil I

Vertragsgrundlage 412

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut
Teil I Bedingungen

Stand: April 2011

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen sowie Ersatz von Aufwendungen für vertraglich vereinbarte Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Notwendigkeit pflegerischer Versorgung (Pflugesituation) der versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Notwendigkeit pflegerischer Versorgung der versicherten Person. Er endet, wenn die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung der versicherten Person nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den geltenden Gesetzen und Verordnungen.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Dienstleistungen in Deutschland.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). 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.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsverhältnisses.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Eintritt und Dauer der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung sind durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung nicht aus.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung einer versicherten Person

a. die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind.

b. die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;

c. die vorsätzlich herbeigeführt wurde oder durch vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle verursacht wurde.

d. für pflegerische Versorgung und sonstige Dienstleistung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung und Erbringung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.

(2) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters, das die versicherte Person dann gemäß Satz 2 erreicht hat, zu zahlen.

(3) Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Abweichend von Satz 1 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheines zu zahlen, es sei denn, die Versicherung beginnt zu einem späteren Zeitpunkt.

(4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

§ 9 Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

§ 10 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 10 Vomhundertsatz und hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 5 Vomhundertsatz, kann der Versicherer unter den gleichen Voraussetzungen die Beiträge anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 11 Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten)

(1) Der Eintritt oder Wegfall der Notwendigkeit pflegerischer Versorgung sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 13 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis auch für einzelne versicherte Personen – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 10 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(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 Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit deren Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, binnen zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer zu erklären.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen Personen mit der dauerhaften Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedstaat der Europäischen Union noch Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist und nicht bei Verlegung in die Schweiz. Dies gilt nicht, sofern eine von Satz 1 abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 18 Gerichtsstand

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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.

§ 19 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Vertragsgrundlage 258

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut

Teil II Tarif Pflegevorsorge Akut

Stand: April 2011

Tarif Pflegevorsorge Akut

A. Leistungen des Versicherer

I. 24 Stunden Hotline-Service

Der Versicherer bietet einen 24 Stunden Hotline-Service an, den die versicherte Person und deren nahe Angehörige (§ 7 Pflegezeitgesetz) jederzeit in Anspruch nehmen können.

Der 24 Stunden Hotline-Service bietet Informationen und Beratung zu folgenden Themen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person an:

1. Unmittelbare Pflegeleistungen

- Ambulante Pflegedienste
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Einrichtungen zur teilstationären und Kurzzeit-Pflege
- haushaltsunterstützende Dienstleistungen
- Pflegehilfsmittel
- Hausnotrufsysteme
- Tag- und Nachtwachen
- Pflegeschulungen bzw. Pflegeschulungseinrichtungen
- Behinderten- und Krankenfahrdienste
- Begleit- und Fahrdienst
- Freizeitbetreuung

2. mittelbare Pflegeleistungen

- Leistungen der Krankenkassen
- Leistungen der Pflegekassen bzw. der privaten Krankenversicherungen als Träger der Pflegepflichtversicherung
- Beantragung von Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
- Zuordnung der versicherten Person zu einer Pflegestufe nach SGB XI
- Beantragung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII)
- Antrag auf Feststellung des Vorliegens und des Grades einer Behinderung sowie auf Ausstellung eines entsprechenden Ausweises nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)
- Benennung von Fach-/Ärzten
- Pflegegerechte Wohnung; Verbesserung des Wohnumfeldes
- Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen
- Kraftfahrzeughilfen, Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges
- betreute Rückkehr in die eigene Wohnung/das eigene Haus
- Selbsthilfegruppen, psychologischer Betreuung, Beratungseinrichtungen, Verbänden, Institutionen sowie sozialen Einrichtungen und ggfls. Benennung derselben

II. Vermittlung und 24 Stunden Versorgungssicherheit

1. Der Versicherer bzw. dessen Assistent vermittelt im Versicherungsfall die unter Ziffer I. 1. aufgeführten unmittelbaren Pflegeleistungen. Die Höchstleistungsdauer nach Buchstabe B 1. findet auf die Vermittlung von ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen zur teilstationären und Kurzzeit-Pflege keine Anwendung.

2. Der Versicherer garantiert Versorgungssicherheit im Versicherungsfall. Soweit erforderlich wird die Versorgungssicherheit gewährleistet durch Vermittlung entweder der Unterbringung der versicherten Person in einer stationären Pflegeeinrichtung oder der Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst jeweils in Deutschland. Dies erfolgt zum bald möglichen Zeitpunkt, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Feststellung und Meldung des Versicherungsfalles an den 24 Stunden Hotline-Service des Versicherers.

Soweit möglich berücksichtigt der Versicherer bei seiner Auswahl lediglich zertifizierte Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegedienste, welche zumindest die ISO-Norm 9001 erfüllt.

3. Die in Ziffer 1 und 2 aufgeführten Leistungen werden unmittelbar von dem 24 Stunden Hotline-Service des Versicherers erbracht.

III. Sonstige Dienstleistungen

Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall 100 % der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Dienstleistungen, soweit diese erforderlich sind, bis zu einem Betrag von insgesamt max. 2.500 Euro. Voraussetzung hierfür ist (mit Ausnahme von § 1 Abs. 5 AVB Teil 1), dass die Dienstleistungen vom Versicherer bzw. dessen Assistent vermittelt oder organisiert werden oder vorab eine Kostenzusage von diesen erfolgt.

1. Beförderung

Im Falle von A II die einmalige notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung/dem Aufenthaltsort in die stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung. Darüber hinaus die Beförderung des in der Pflegeeinrichtung unterzubringenden Hausrates der versicherten Person in die stationäre Pflegeeinrichtung.

2. Menüservice

Anlieferung jeweils einer Hauptmahlzeit pro Tag für die versicherte Person und einer im selben Haushalt lebenden Person. Diesen Personen steht die Wahl unter dem vom Dienstleister angebotenen Menüsortiment frei.

3. Einkäufe, Besorgungen und Botengänge

Erledigung von Einkäufen, Besorgungen und Botengängen z.B. zu Banken, Sparkassen, Behörden, Ärzten, Apotheken, Lebensmittelhändlern und Reinigung an bis zu zwei Tagen in der Woche.

4. Wohnungsreinigung

Einmal in der Woche für 5 Stunden Reinigung von Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und WC der Wohnung bzw. des Hauses der versicherten Person im üblichen Umfang, sofern sich diese Räume nicht in einem überdurchschnittlich verschmutzten Zustand befinden.

5. Wäsche-Service

Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen der Wäsche und Kleidung sowie Pflegen der Schuhe jeweils im eigenen Haushalt der versicherten Person einmal wöchentlich.

6. Begleitservice und Fahrdienst

Unterstützung der versicherten Person bei der Wahrnehmung von Arztterminen, Terminen für Krankengymnastik und sonstigen ärztlich angeordneten Therapien sowie Behördenterminen durch eine Begleitperson und, soweit erforderlich, einen Fahrdienst an bis zu zwei Tagen in der Woche.

7. Gartenpflege

Pflege des sich am Haus oder an der Wohnung befindlichen Gartenbesitzes der versicherten Person für die Dauer von bis zu zwei Stunden wöchentlich in allgemein üblichem Umfang (z.B. Rasenmähen, Unkrautbeseitigung, Ernte von Obst und Gemüse)

8. Schneeräumung und Laubbeseitigung

Tägliche Schneeräumung und Laubbeseitigung, soweit erforderlich auf den Gehwegen vor dem Haus oder der Wohnung in dem/der die versicherte Person wohnt, soweit diese hierzu gesetzlich oder vertraglich verpflichtet ist, für die Dauer von bis zu 14 Tagen.

9. Tag- und Nachtwache

24 Stundenbetreuung (Tag- und Nachtwache) der versicherten Person durch Fachpersonal in der Wohnung oder dem Haus der versicherten Person oder der sie betreuenden Person für die Dauer von bis zu zwei Tagen.

10. Kinderbetreuung

Betreuung der Kinder der versicherten Person oder des pflegenden nahen Angehörigen, soweit diese das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben durch folgende Dienstleistung:

- Beaufsichtigung durch Fachpersonal für die Dauer von bis zu sieben Tagen
- Fahrdienst zur Schule, Kindergarten oder entsprechenden Betreuungseinrichtungen für die Dauer von bis zu 14 Tagen
- Schülernachhilfe für die Dauer von bis zu 14 Tagen

11. Versorgung von Haustieren

Versorgung von Haustieren der versicherten Person in erforderlichem Umfang für die Dauer von bis zu sieben Tagen durch einen professionellen Dienstleister.

12. Installation von Hausnotrufsystemen

Die Einrichtung einer Hausnotrufanlage mit Aufschaltung auf eine hierfür spezialisierte Hausnotrufzentrale in der Wohnung der versicherten Person. Die verbleibenden Kosten für die Anmietung der Hausnotrufanlage sowie die Aufschalt- und Bereitschaftsgebühren werden, nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, bis zu einem Betrag von max. 250 Euro erstattet.

13. Pflegeschulung

Eine Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende nahe Angehörige der versicherten Person. Je Person werden die verbleibenden Kosten der Pflegeschule, nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, bis zu einem Betrag von max. 150 Euro erstattet.

14. Freizeitbetreuung

Eine Freizeitbetreuung für die versicherte Person bis zu insgesamt drei Stunden an zwei Tagen in der Woche. Soweit in den Ziffern 1 bis 14 nichts anderes geregelt ist, werden Sachkosten die im Zusammenhang mit der jeweiligen Dienstleistung anfallen nicht erstattet.

B. Höchstleistungsdauer und Leistungsbegrenzung

1. Die Leistungspflicht des Versicherers endet jeweils drei Monate nach Beginn des Versicherungsfalles.
2. Eine erneute Leistungspflicht des Versicherers besteht erst nach Ablauf von drei Jahren nach dem Ende des vorangegangenen Versicherungsfalles.

C. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, die in der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind oder waren.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge Akut Teil I

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

VVG

Stand: 01.2009

§ 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 nur 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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 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 infolge dessen 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

(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.

(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 Beihilfeberechtigte 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, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung
- oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes 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. (...)

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 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.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 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 Befügung 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 01. 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 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 01. Juli 2009 beantragt wurde.

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 01. 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 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 01. 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 hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.

Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

(3) 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 Monate 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 eines Monats 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. (...)

§ 206

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. (...)

SGB V

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2 a) 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 (§ 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,

2 a. 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,

2 b. 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 Beihilfeszatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

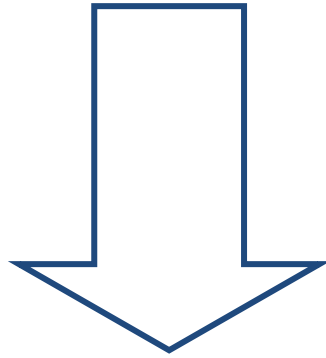
2 c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten 6 Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31.12.2000 annehmen,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat. Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragsatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Muster – Antrag





Bitte in Blockschrift ausfüllen.

08804

5,7 0,3 0,0 1,0 1,9 NL/VD BD AB Verm. Nr. Org.KZ Motiv GSG ZUW Versicherungsnr. SV-VK-Nr. Gültig ab

Table with columns for Pflegegeld im Monat, Angebot 1 oder 2, Individuelles Angebot, Akut, and Monatsbeitrag. Includes rows for Pflegestufe 1, 2, 3 and a total monthly contribution of 72,60 Euro.

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in und zu versichernde Person. Fields for Name (Herr/Frau), Vorname, Titel, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort.

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (Sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) Straße, Haus-Nr, PLZ, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung), Branche, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit. Includes checkboxes for Privatwirtschaft, Arbeiter/-in, Angestellte/-r, etc.

Sind oder waren Sie oder ein Familienmitglied bereits bei der AXA oder DBV/DBV-Winterthur krankenversichert? Includes checkboxes for ja/nein and a field for Versicherungsnummer.

Versicherungsbeginn 01. 05.2012

Widerrufliche Einzugsermächtigung. Fields for Konto-Nr., Bankleitzahl, Geldinstitut.

Bestehende Pflegepflichtversicherung. Besteht eine deutsche Pflegepflichtversicherung? Includes checkboxes for ja/nein.

Angaben zum Gesundheitszustand. Der/die Vermittler/-in berät Sie in Versicherungsfragen. Er/sie ist medizinischer Laie und kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen.

Größe 185 cm, Gewicht 90 kg

- 1. Besteht eine anerkannte Behinderung / Schwerbehinderung oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit, einer Erwerbsunfähigkeit, einer Invalidität oder einer Pflegebedürftigkeit oder wurden solche jemals beantragt?
2. Bestehen bei Ihnen durch einen Arzt oder andere Heilbehandler diagnostizierte, dauerhafte oder immer wieder auftretende Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche/geistige Veränderungen oder Funktionsbeeinträchtigungen...

Nicht anzeigepflichtig sind folgende Krankheiten, wenn sie als Einzeldiagnosen vorliegen:

Akne, Allergien, Bluthochdruck - wenn medikamentös gut eingestellt (Hypertonie), Cholesterinwerte - erhöhte, Divertikulitis (Darmdivertikel), Gastritis (Magenschleimhautentzündung), Jodmangel, Migräne, Neurodermitis, Prostatavergrößerung - gutartige, Schielen, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion...

Für Personen ab Vollendung des 66. Lebensjahres ist mit der Antragstellung das Ärztliche Zeugnis für die Pflegeergänzungsversicherung einzureichen.

Erläuterungen. Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen unter Angabe der Ziffer/n der Frage. Reicht der Platz nicht aus, fügen Sie bitte erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Versicherungsnehmer und der/den zu versichernden Person/en unterschriebenen Blatt zum Antrag bei.

Table with columns for Frage, genaue Krankheitsbezeichnung, behandelt von - bis, amb. stat., Arbeits-unfähig von - bis, Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?, Durchgeführte Behandlung/en (Therapie), Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welche Folgen bestehen?

Angabe zu Ärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen. zu Frage Name und genaue Anschrift der Ärzte und anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z.B. Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Therapeut/-in, ...)

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen. Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag oder in andere Schriftstücke schreiben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antragsformulars.

Unterschriften. Ich bin über mein gesetzliches Widerrufsrecht gemäß der auf der Antragsrückseite stehenden Belehrung informiert worden. Ort und Datum, Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in, Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel, Tel.-Nr. und Fax-Nr. des Vermittlers/der Vermittlerin.

DOK 10360