Produktinformationsblatt Tarif Pflegevorsorge Flex-U

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-U ist eine Pflegegeldversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Im Pflegefall erhalten Sie folgende Leistungen:

Aus Pflegevorsorge Flex 1-U:

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-U:

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

Aus Pflegevorsorge Flex 3-U:

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

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

- 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-U, Flex 2-U und Flex 3-U 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 II = 600 Euro P III = 1000 Euro	P I = 500 Euro P II = 800 Euro P III = 1200 Euro

0–19	2,45	3,31
20	11,44	15,70
21	11,81	16,21
22	12,12	16,64
23	12,49	17,15
24	12,96	17,78
25	13,36	18,34
26	13,73	18,85
27	14,23	19,53
28	14,63	20,09
29	15,19	20,85
30	15,59	21,41
31	16,18	22,22
32	16,74	22,98
33	17,33	23,79
34	17,88	24,56
35	18,50	25,42
36	19,25	26,43
37	19,93	27,37
38	20,61	28,31
39	21,32	29,30
40	22,16	30,44
41	23,03	31,63
42	23,99	32,95
43	24,89	34,19
44	25,91	35,59
45	26,90	36,96
46	28,08	38,58

Fortsetzung		
Alter		
47	29,32	40,28
48	30,56	41,98
49	31,83	43,73
50	33,19	45,61
51	34,74	47,74
52	36,35	49,95
53	38,12	52,38
54	39,85	54,77
55	41,87	57,53
56	43,91	60,35
57	46,14	63,42
58	48,56	66,74
59	51,16	70,32
60	53,95	74,15
61	56,95	78,29
62	60,30	82,88
63	63,80	87,70
64	67,67	93,03
65	70,09	96,35

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-U
für 100 Euro monatliches Pflegegeld
für Pflegestufe I in Euro

Alter		Alter	
0–19	0,19	43	2,07
20	0,94	44	2,15
21	0,97	45	2,24
22	1,00	46	2,34
23	1,03	47	2,44
24	1,06	48	2,54
25	1,10	49	2,65
26	1,13	50	2,77
27	1,17	51	2,90
28	1,21	52	3,03
29	1,25	53	3,18
30	1,29	54	3,33
31	1,34	55	3,49
32	1,38	56	3,67
33	1,43	57	3,86
34	1,48	58	4,06
35	1,54	59	4,28
36	1,59	60	4,51
37	1,65	61	4,77
38	1,71	62	5,04
39	1,78	63	5,34
40	1,84	64	5,67
41	1,91	65	5,87
42	1,99		

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

Alter		Alter	
0–19	0,13	43	1,78
20	0,82	44	1,86
21	0,85	45	1,93
22	0,87	46	2,01
23	0,90	47	2,10
24	0,93	48	2,19
25	0,96	49	2,28
26	0,99	50	2,38
27	1,02	51	2,49
28	1,05	52	2,61
29	1,09	53	2,73
30	1,12	54	2,86
31	1,16	55	3,00
32	1,20	56	3,15
33	1,24	57	3,31
34	1,29	58	3,48
35	1,33	59	3,67
36	1,38	60	3,87
37	1,43	61	4,09
38	1,48	62	4,33
39	1,53	63	4,58
40	1,59	64	4,86
41	1,65	65	5,03
42	1,72		

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

Alter		Alter	
0–19	0,11	43	0,80
20	0,37	44	0,83
21	0,38	45	0,86
22	0,39	46	0,90
23	0,40	47	0,94
24	0,42	48	0,98
25	0,43	49	1,02
26	0,44	50	1,06
27	0,46	51	1,11
28	0,47	52	1,16
29	0,49	53	1,22
30	0,50	54	1,27
31	0,52	55	1,34
32	0,54	56	1,40
33	0,56	57	1,47
34	0,57	58	1,55
35	0,59	59	1,63
36	0,62	60	1,72
37	0,64	61	1,81
38	0,66	62	1,92
39	0,68	63	2,03
40	0,71	64	2,15
41	0,74	65	2,23
42	0,77		

Eintrittsalter = Beginn minus Geburtsjahr.

Produktinformationsblatt Tarif Pflegevorsorge AKUT-U 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-U 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 möglichsten 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 Assisteur 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-U in Euro

Alter		Alter	
0–19	0,20	43	2,90
20	1,30	44	3,10
21	1,30	45	3,20
22	1,40	46	3,30
23	1,40	47	3,50
24	1,50	48	3,60
25	1,50	49	3,80
26	1,60	50	3,90
27	1,60	51	4,10
28	1,70	52	4,30
29	1,80	53	4,50
30	1,80	54	4,70
31	1,90	55	4,90
32	2,00	56	5,10
33	2,00	57	5,40
34	2,10	58	5,60
35	2,20	59	5,90
36	2,30	60	6,20
37	2,30	61	6,50
38	2,40	62	6,90
39	2,50	63	7,20
40	2,60	64	7,60
41	2,70	65	7,90
42	2,80		

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-U.

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

a) 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.

b) 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.

c) 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 Lastschrifteinzugsverfahren.

10. Kosten und Gebühren

Sie können sich mit unserem Kundenservice-Zentrum unter der Rufnummer 0221 - 14841000 in Verbindung setzen.

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 0221 - 14841000.

a) 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
Telefax: 030-20458931
www.pkv-ombudsmann.de

b) 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 004

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV)
Teil I Bedingungen

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Versicherungsleistung

(1) Der Versicherer 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

a. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
b. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
c. 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

a. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
b. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
c. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
d. 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

a. 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.
b. 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.
c. 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

a. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
b. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
c. 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 (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegepflichtversicherung) 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:

a. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
b. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
c. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
d. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
e. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
f. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
g. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
h. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
i. Störung des Tag/Nacht-Rhythmus;
j. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
k. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
l. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
m. 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

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.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(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 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 7 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, 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

(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) 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.

(3) 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 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.

Stand: Dezember 2012

Vertragsgrundlage 071

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV)
Teil II Tarif Pflegevorsorge Flex-U

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-U: 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-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II

Flex 3-U: 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-U und Flex 2-U 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-U 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. Erstmals zum 1. Juli des 4. Versicherungsjahres, wenn die jeweils versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet bzw. das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dabei wird das Pflegegeld kaufmännisch auf volle 10,– 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.

Ist für die versicherte Person zum Zeitpunkt einer planmäßigen Erhöhung des Pflegegeldes der Versicherungsfall bereits eingetreten, kann die Erhöhung noch einmal in Anspruch genommen werden. Danach entfällt der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen der versicherten Person.

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-U innerhalb der vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen um max. 500,– Euro erhöhen. Dies umfasst sowohl die Anhebung des monatlichen Pflegegeldes als auch die Hinzuversicherung der Tarifstufe Flex 1-U oder Flex 2-U, 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:

a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation z.B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;

b) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag;

c) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1 x pro Kind);

d) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit;

e) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung und Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis;

f) 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-U bestand.

g) Einmalig bei einer Veränderung der Rahmebedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung (geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit bzw. Kürzung der Pflegeleistungen).

(3) Frist zur Wahrnehmung der Option

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

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

a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.

b) 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.

c) 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

Stand: Dezember 2012

Vertragsgrundlage 003

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut-U
Teil I Bedingungen

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 (Pflegesituation) 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 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 Elternteil 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 Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlags oder der Vergewaltigung zugezogen hat.
e. 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 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 7 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 dem 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.

Stand: Dezember 2012

Vertragsgrundlage 070

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut-U
Teil II Tarif Pflegevorsorge Akut-U

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 Assisteur 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 möglichsten 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 Assisteur 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 verschmutzen 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 Dienstleitung 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 Versicherungsfalls.

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-U Teil I

Stand: Dezember 2012