



Antrag auf Pflegevorsorge VARIO einschließlich AKUT und GEPV (Pflege-Bahr)

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Mit diesem Druckstück stellen Sie einen verbindlichen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages auf Grundlage der Ihnen zuvor überlassenen Bestimmungen und Informationen zum Vertrag (BIV).

Ihren Antrag können wir annehmen, indem wir Ihnen unmittelbar den Versicherungsschein oder vorab eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden.

Mit Zugang dieser Unterlage kommt der Versicherungsvertrag zustande.

■ Es betreut Sie:



Antragsteller/-in Name Vorname
 Versicherungsnehmer/-in

Angehörigkeit im Sinne des § 15 AO oder des § 7 Abs. 3 PflegeZG (siehe Anhang) **Sofern die versicherte Person vom Antragsteller abweicht: Wichtige Angabe zur Ausnahme von der Besteuerung nach § 4 Nr. 5 b Versicherungsteuergesetz**

Der Antragsteller bestätigt, dass er ein naher Angehöriger der zu versichernden Person gemäß § 15 Abgabenordnung oder § 7 Abs.3 Pflegezeitgesetz ist.

1. Person Ja Nein | **2. Person** Ja Nein

Nur anzugeben/zu beantworten, wenn der Tarif GEPV (PflegeBahr) beantragt wird

Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer)	<input type="text"/>	Rentenversicherungsnummer (Zulagennummer)	<input type="text"/>
Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Information zum Beitragseinzug

IBAN BIC

Antragsteller ist Beitragszahler und beigefügtes/bestehendes SEPA-Lastschriftmandat soll genutzt werden.
 Beitragszahler ist nicht Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu (Bitte angehängtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Beitragszahler
 Name Vorname

monatlich (1. des Monats) monatlich (15. des Monats) 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Versicherungsbeginn

1. Person Datum (Tag/Monat/Jahr) | **2. Person** Datum (Tag/Monat/Jahr)

Ja, ich wähle die folgende Pflege-Absicherung

Pflegevorsorge VARIO-U		VARIO 1-U	VARIO 2-U	VARIO 3-U	VARIO 4-U	VARIO 5-U	Monatsbeitrag
1. Person	<input type="checkbox"/> Angebot 1 Premium oder	100 Euro	600 Euro	1.200 Euro	1.600 Euro	1.900 Euro	<input type="text"/> Euro
	<input type="checkbox"/> Angebot 2 Komfort oder		100 Euro	700 Euro	1.100 Euro	1.400 Euro	<input type="text"/> Euro
	<input type="checkbox"/> Individuelles Angebot	<input type="text"/> Euro					
2. Person	<input type="checkbox"/> Angebot 1 Premium oder	100 Euro	600 Euro	1.200 Euro	1.600 Euro	1.900 Euro	<input type="text"/> Euro
	<input type="checkbox"/> Angebot 2 Komfort oder		100 Euro	700 Euro	1.100 Euro	1.400 Euro	<input type="text"/> Euro
	<input type="checkbox"/> Individuelles Angebot	<input type="text"/> Euro					

Beiträge siehe Seite 29 und 30 im Antrag

Pflegevorsorge AKUT-U

1. Person	<input type="checkbox"/> AKUT-U	Monatsbeitrag	<input type="text"/> Euro
2. Person	<input type="checkbox"/> AKUT-U	Monatsbeitrag	<input type="text"/> Euro

Beiträge siehe Seite 21 im Antrag

GEPV (Pflege-Bahr)

Staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung GEPV (Pflege-Bahr) mit 5 Jahren Wartezeit und mindestens 600 Euro in Pflegegrad 5

1. Person		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Monatsbeitrag
		60 Euro	210 Euro	270 Euro	510 Euro	600 Euro	<input type="text"/> Euro
Monatsbeitrag abzüglich 5 Euro Förderung							<input type="text"/> Euro
<hr/>							
2. Person		Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Monatsbeitrag
		60 Euro	210 Euro	270 Euro	510 Euro	600 Euro	<input type="text"/> Euro
Monatsbeitrag abzüglich 5 Euro Förderung							<input type="text"/> Euro

Beiträge und Leistungen siehe Seite 34 im Antrag

monatlicher Gesamtbeitrag Euro

Weiterhin bestehende ungekündigte Pflegeversicherungen

Besteht eine deutsche Pflegepflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2. Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine weitere staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) oder wurde diese bereits bei einem anderen Versicherer beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Bitte für
Pflegevorsorge
beantworten.
Angaben zum
Gesundheits-
zustand

Beantworten Sie alle Fragen bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen. Bitte geben Sie auch solche Beschwerden und Krankheiten an, die Sie für unwichtig halten oder deren Bedeutung Sie nicht einschätzen können oder die inzwischen ausgeheilt sind.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz der Pflegevorsorge Tarife gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten kann uns berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann. Nähere Einzelheiten hierzu können Sie der in diesem Antrag enthaltenen gesonderten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG entnehmen.

1. Person	Größe _____ cm	Gewicht _____ kg	2. Person	Größe _____ cm	Gewicht _____ kg
1. Beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit, einer Erwerbsunfähigkeit, einer Invalidität oder einer Pflegebedürftigkeit oder wurden solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		1. Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Bestehen Krankheiten, Unfallfolgen, Behinderungen oder sonstige körperliche oder geistige Beeinträchtigungen – auch wenn sie derzeit nicht behandelt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		2. Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Ist eine Behandlung – auch mit Arzneimitteln – oder eine Untersuchung angedacht oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		1. Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Wurden in den letzten 5 Jahren Untersuchungen oder Tests hinsichtlich Demenz, geistiger Beeinträchtigungen oder psychischer Erkrankungen durchgeführt oder sind solche angedacht oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		2. Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5. Sind Sie werdendes Elternteil oder beabsichtigen Sie eine Adoption? Wenn ja, wann wird die Geburt laut Mutterpass erwartet oder wann ist der beabsichtigte Adoptionstermin?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		1. Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1. Person	Datum (Tag/Monat/Jahr) _ _ / _ _ / _ _		2. Person	Datum (Tag/Monat/Jahr) _ _ / _ _ / _ _	

Im Falle einer anstehenden Geburt oder Adoption kann der Versicherungsbeginn frühestens zum 1. des Vormonats vor dem oben angegebenen Geburts-/Adoptionsmonat sein (Geburts-/Adoptionsmonat – 1 Monat).

Bitte beachten Sie: Eine Mitversicherung ab Geburt gemäß § 198 VVG ist nur möglich, wenn ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt bereits mindestens 3 Monate versichert gewesen ist.

Für Personen ab dem 66. Lebensjahr (Beginnjahr minus Geburtsjahr) ist mit der Antragstellung das Ärztliche Zeugnis für die Pflegeergänzungsversicherung einzureichen.

Erläuterungen
zu den mit „ja“
beantworteten
Fragen

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.

zu Frage	genaue Krankheitsbezeichnung, (Diagnose)/Art der Beschwerden/ zusätzlich Art und Menge von Medikamenten	behandelt von – bis (Tag/Monat/ Jahr)	amb. stat.	Arbeitsunfähig von – bis (Tag/Monat/ Jahr)	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlung/en (Therapie)	Stehen Untersuchungsergebnisse aus bzw. welche Folgen bestehen?	Behandlung abgeschlossen
1. Person	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Person	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angabe zu Ärzten
und anderen Leistungserbringern
im Gesundheitswesen

zu Fra- ge Per- son Name und genaue Anschrift der Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z. B. Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Therapeut/-in, ...)

zu Fra- ge	Per- son	Name und genaue Anschrift der Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z. B. Arzt/Ärztin, Krankenhaus, Therapeut/-in, ...)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die AXA Krankenversicherung AG (im Folgenden als „Versicherer“ oder „Versicherung“ bezeichnet), daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister oder dem Verband Privater Krankenversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln oder per E-Mail an info@axa.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherung (unter 3.)
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.



1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Ich willige ein, dass der Versicherer, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilsbedingungen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

1.1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen oder
- in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit wir nach Ihrem Tode Gesundheitsdaten erheben müssen, werden wir die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung bei Ihren Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – bei den Begünstigten des Vertrages einfordern.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir, der Versicherer, verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.axa.de/datenschutz eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen, im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten, von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2).



3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z. B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Datenweitergabe an Auskunfteien

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft ist es grundsätzlich erforderlich, Bonitätsprüfungen bei Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durchzuführen, wofür wir uns auch anderer Unternehmen der AXA Gruppe oder einer Auskunftei bedienen. Nähere Informationen zur Bonitätsprüfung finden Sie nachfolgend im Abschnitt „Informationen zur Verwendung Ihrer Daten“. Zur stetigen Verbesserung dieser Bonitätsprüfungen sind fortlaufende Informationen über Ihr Zahlungsverhalten förderlich, sodass wir auf Grundlage der nachstehenden Einwilligungserklärung entsprechende Daten übermitteln, unabhängig von einem konkreten Vertrags- oder Leistungsvorgang.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung zur Optimierung der Kriterien von Bonitätsprüfungen verwendet werden, indem der Versicherer Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten an eine Auskunftei (z. B. SCHUFA) übermittelt. Soweit erforderlich entbinde ich die für die AXA Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass für Abschluss sowie Durchführung des Versicherungsvertrages diese Einwilligung in die Datenweitergabe an Auskunfteien nicht erforderlich ist. Hinsichtlich der Freiwilligkeit sowie jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligungserklärungen wird auf die Ausführungen zu Beginn dieses Abschnitts verwiesen.

Wichtig für Antragsteller/-in und zu versichernde Personen

Bitte überprüfen 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 den vorangehenden und noch nachfolgenden Seiten des Antragsformulars. Diese enthalten unter anderem auch die Einwilligung zur Einholung von Informationen über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten sowie Ihre Zahlungsfähigkeit bzw. Ihre Kundenbeziehung. Sie machen diese Erklärungen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages.

Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr)

Für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG unwiderruflich, die Zulage, und soweit eine solche noch nicht vergeben ist, die Zulagenummer zu beantragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die zentrale Zulagenstelle übermittelt werden.

Zudem bestätige ich, dass ich die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit erfülle. Diese sind:

- 1. Ich bin in einer deutschen sozialen oder privaten Pflegeversicherung pflichtversichert. Ein Ausscheiden aus der Pflegepflichtversicherung teile ich der AXA Krankenversicherung unverzüglich mit.**
- 2. Ich habe das 18. Lebensjahr vollendet.**
- 3. Ich erhalte keine Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung und habe solche auch nicht in der Vergangenheit bezogen. Desweiteren ruhen entsprechende Leistungen auch nicht, weil ich Leistungen anderer staatlicher/öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, vorrangig erhalte oder erhalten habe.**

Verpflichtungserklärung

Im Weiteren verpflichte ich mich, jede Änderung der Verhältnisse bezüglich der Voraussetzungen für die Versicherungs- oder Förderfähigkeit, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung, unverzüglich mitzuteilen.

Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.

Sofern für mich oder für die anderen zu versichernden Personen im Konzern der AXA Versicherung AG eine staatlich geförderte Altersvorsorge i. S. d. Riester-Rente besteht, ermächtige ich die AXA Krankenversicherung AG, dort die entsprechende Zulagennummer abzufragen.

Keine Wartezeit bei positiver Gesundheitsprüfung in Pflegevorsorge VARIO-U

AXA verzichtet bei der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung – Tarif GEPV – auf die Wartezeiten gem. § 5 MB/GEPV. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsfragen zum Tarif Pflegevorsorge VARIO-U wahrheitsgemäß beantwortet wurden, eine positive Gesundheitsprüfung erfolgt und dem Abschluss des Tarifes VARIO-U nicht widersprochen wird.

Mir ist bekannt, dass nur unter diesen Voraussetzungen die Wartezeiten in der zeitgleich beantragten Pflegezusatzversicherung GEPV entfallen.

Eine Bestätigung über den Entfall der Wartezeiten erhalte ich von AXA noch einmal mit dem Versicherungsschein.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Allgemeine Informationen zur Verwendung Ihrer Daten und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie auf den nachfolgenden Seiten in dem Abschnitt „Information zur Verwendung Ihrer Daten“.

Datum, Unterschriften

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin/Name und Stempel

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift Antragsteller/-in, Versicherungsnehmer/-in – ggf. gesetzlicher Vertreter

X

Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erläuterungen (frühestens mit Alter 16)

X

und ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Personen

X

X



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. 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.

Hinweis zur Werbung

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: 0221-14836-202, E-Mail: info@axa.de

Definition der nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder der Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung:

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
 2. Ehegatten *, Lebenspartner *, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartner-schaftsähnlichen Gemeinschaft ****, Geschwister **,
 3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
 4. Verlobte ****,
 5. Verwandte und Verschwägere gerader Linie */ **,
 6. Ehegatten und Lebenspartner der Geschwister */ **,
 7. Geschwister der Ehegatten und Lebenspartner */ **,
 8. Kinder der Geschwister **,
 9. Geschwister der Eltern **,
 10. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder) ***.
- * auch dann, wenn die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht
- ** auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist
- *** auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind
- **** Für die beiden Personenkreise „Verlobte“ und „eheähnliche oder lebenspartner-ähnliche Gemeinschaft“ empfehlen wir, einen eigenständigen Antrag mit den versicherten Personen als jeweiligen Versicherungsnehmer zu stellen, um eine Steuerfreiheit dauerhaft sicherzustellen.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die AXA Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Der Versicherungsnehmer wird diese Informationen an weitere Beteiligte des Vertrages (z. B. an die versicherten Personen, den abweichenden Beitragszahler, Bevollmächtigte, abweichende Leistungsempfänger etc.) weitergeben. Die aktuelle Version dieser Informationen finden Sie unter www.axa.de/datenschutz.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

AXA Krankenversicherung AG
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Telefon: 0221/148 41002
E-Mail: service@axa.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter den oben genannten Kontaktdaten mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@axa.de

Für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage werden Ihre Daten verarbeitet?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.axa.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer AXA-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke und die Schadenbearbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Softwaretests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich) sowie zur Bekämpfung von Datenmissbrauch,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der AXA-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch und auf mögliche Regressansprüche hindeuten können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des AXA Konzerns insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten, unserer Beratungspflicht, in unseren internen Kontrollsystemen, zur Wirtschafts- und Steuerprüfung durch unabhängige Berater, Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung oder zur Beantwortung von Anfragen von Behörden oder anderer öffentlicher Stellen wie z. B. Gerichte. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO. Soweit in diesem Zusammenhang besondere Kategorien von Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO verarbeitet werden, dient hinsichtlich der Verarbeitung der Gesundheitsdaten Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen Art. 9 Abs. 2 lit. g oder f DSGVO.

Soweit es für den jeweiligen Zweck ausreichend und rechtlich zulässig ist, pseudonymisieren und/oder anonymisieren wir Ihre personenbezogenen Daten. Eine Anonymisierung von personenbezogenen Daten findet insbesondere statt:

- für statistische Auswertungen und Auswertungen zur Geschäftssteuerung,
- für die Optimierung und Prüfung von softwaregestützten Datenverarbeitungen einschließlich technischer Fehlerbehebung,
- als Verfahren für die Löschung personenbezogener Daten, um unsere datenschutzrechtlichen Löschpflichten zu erfüllen;
- für die Durchführung von Hard- und/oder Softwaretests sowie fachlichen Abnahmetests und
- für die Zurverfügungstellung an unsere Dienstleister, Verbände und Forschungszentren

Abhängig von den oben genannten Zwecken ist die Rechtsgrundlage für die Pseudonymisierung bzw. Anonymisierung regelmäßig unser berechtigtes Interesse (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO) oder die Erfüllung des Vertrages (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO). Im Falle einer zweckändernden Nutzung stellen wir sicher, dass die Anonymisierung mit dem ursprünglichen Zweck der Datenverarbeitung vereinbar und zulässig ist (Art. 6 Abs. 4 DSGVO i. V. m. der ursprünglichen Rechtsgrundlage). Dies gilt insbesondere, wenn wir Ihre Gesundheitsdaten anonymisieren. Dies gilt insbesondere, wenn wir Ihre Gesundheitsdaten anonymisieren. Für die Pseudonymisierung und/oder Anonymisierung besonderer Kategorien personenbezogener Daten dienen als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen Art. 9 Abs. 2 lit. g DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u. a. auf unserer Webseite (www.axa.de/Datenschutz) zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern leiten wir Ihre personenbezogenen Daten weiter?

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.



Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungs-/ Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragnehmer und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.axa.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten, z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden. Sind Sie in einem Versicherungsvertrag nicht selbst Versicherungsnehmer, sondern mitversicherte Person, ist es in bestimmten Einzelfällen erforderlich, Ihre personenbezogenen Daten an den Versicherungsnehmer zu übermitteln. Hierzu gehören beispielsweise die geschätzten Kosten einer bestimmten Heilbehandlung. Als Rechtsgrundlage für die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Versicherungsnehmer dienen Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO, letzterer verbunden mit der gesetzlichen Vorgabe z.B. § 192 Abs. 8 S. 1 VVG.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter den oben genannten Kontaktdaten Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Möchten Sie sich über den Umgang mit Ihren Daten beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW,
Kavalleriestraße 2 – 4
40213 Düsseldorf

Welche anderen Datenquellen nutzen wir?

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten, mit dem von Ihnen im Antrag benannten, früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der SCHUFA und bei der Creditreform-Auskunftei, Creditreform Köln v. Padberg KG, Gustav-Heinemann-Ufer 68, 50963 Köln Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 18a des Kreditwesengesetzes). Nähere Informationen können online unter www.schufa.de/datenschutz bzw. online unter www.creditreform.de/koeln/datenschutz eingesehen werden.

Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie bei uns als Versicherer an. Hierbei teilt er uns Angaben wie z.B. Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

Wie übermitteln wir Daten ins außereuropäische Ausland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Wo führen wir Scoring und Profiling außerhalb von Bonitätsprüfungen durch?

Sowohl bei der Antragstellung als auch bei der Durchführung Ihres Vertrages nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Analyse (z.B. von erforderlichen Beitragsanpassungen, für Angebote bestimmter gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen) und Erstellung eines konkreten Risikoprofils, in Einzelfällen auch zur Erstellung von Wahrscheinlichkeitswerten (sog. Scores). Die Analyse erfolgt aufgrund gesetzlicher Verpflichtung oder verfolgt den Zweck, unsere Produkte für Sie zu optimieren und im Einzelfall kostengünstiger für Sie anbieten zu können. Als Rechtsgrundlage für die Profilbildung und Scoreermittlung dienen Art. 6 Abs. 1 lit. b, c und f DSGVO. Die AXA verfolgt als berechtigtes Interesse das Ziel Risiken zu vermindern, Produkte zu optimieren und möglichst individuelle Angebote und Ergänzungsangebote für Sie zur Verfügung zu stellen. Soweit wir zu diesem Zwecke Ihre Gesundheitsdaten verarbeiten, dienen als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO, sofern von Ihnen erteilt und im Übrigen hinsichtlich der Ermittlung geeigneter Angebote zur Gesundheitsvorsorge Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Sind auch automatisierte Einzelfallentscheidungen möglich?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen) entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht, Bonifikationen und Zusatzleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen: Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis der Risikoanalyse Ihrer Gesundheitsdaten und Ihres Alters. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden die eingereichten Belege anhand von vorher festgelegten Regeln geprüft. Einzelheiten über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung hängen vom konkreten Einzelfall ab. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde. Als Rechtsgrundlage für die Durchführung automatisierter Einzelfallentscheidungen dienen Art. 13 Code of Conduct der Versicherungswirtschaft i.V.m. Art. 40 DS-GVO, § 37 BDSG sowie Art. 6 Abs. 1 lit. b und f bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO.

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 IBAN, die BIC 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 · Versicherungssteuernr.: 810/V90810030208
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender; Irina Buchmann,
Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Daniela-Carina Pohl.



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, 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.





Übersicht der Dienstleister im AXA Konzern

Stand 19.03.2024

Gesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten teilnehmen

<ul style="list-style-type: none"> – AXA Customer Care GmbH – AXA easy Versicherung AG – AXA Direktberatung GmbH – AXA Konzern AG – AXA Krankenversicherung AG – AXA Lebensversicherung AG 	<ul style="list-style-type: none"> – AXA Versicherung AG – AXA Services & Direct Solutions GmbH – Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG – Deutsche Ärzteversicherung AG – E.C.A. LEUE GmbH + Co.KG 	<ul style="list-style-type: none"> – Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung – Pro bAV Pensionskasse AG – ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG – winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
--	--	---

Dienstleister, deren Hauptgegenstand des Auftrags die Datenverarbeitung ist (Einzelnennung)

Im Folgenden sind alle auftraggebenden Gesellschaften mit ihren Dienstleistern aufgeführt.

Alle Konzerngesellschaften

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Customer Care GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung
AXA Group Operations Germany GmbH	Betrieb des Rechenzentrums
AXA Group Operations SAS	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen
AXA Konzern AG	Bearbeitung von Anträgen, Verträgen, Leistungen und Regressen, Betreuung der Vermittler:innen
AXA Logistik & Service GmbH	Bearbeitung von Post, Anträgen, Verträgen und Leistungen
AXA Services & Direct Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung/Bearbeitung von Vorgängen
GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittler:innen und Dienstleistern
GIE AXA	Hosting, Datenselektionen
unternehmen online GmbH & Co.KG	Betrieb von Online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)

AXA Krankenversicherung AG (inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung)

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten
MD Medicus Holding GmbH	Telefonischer Kundendienst Ausland, Bearbeitung von Leistungen aus Auslandsreisekrankenversicherungen
ROLAND Assistance GmbH, Medical Contact AG, Sanvartis GmbH	Diseasemanagement
HMM Deutschland GmbH	Prüfung von Leistungen
ViaMed GmbH	Prüfung von Leistungen

AXA Lebensversicherung AG (inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung)

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Actineo GmbH	Anforderung medizinischer Auskünfte
Fondsdepot Bank GmbH	Depotverwaltung für Fondspolizen
SP Consult AG	Bearbeitung von Anträgen und Leistungen, Verwaltung von Beständen





AXA Versicherung AG (inkl. ZN DBV Deutsche Beamtenversicherung)/AXA easy Versicherung AG

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Actineo GmbH	Telefonischer Kundendienst
April Deutschland AG	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	DiseaseManagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Inhaber:innen von Kreditkarten, Verwaltung von Beständen, Bearbeitung von Leistungen für KFZ-Versicherungen von Mietwagen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden
Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbriefleistungen
ROLAND Assistance GmbH	Schutzbriefleistungen
Versicherungsforen medi-part GmbH	Bearbeitung von Leistungen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und/oder die Dienstleistung durch viele verschiedene Dienstleister erfolgt

Alle Konzerngesellschaften

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Adressermittler	Prüfung von Adressen
Aktenlager	Lagerung von Akten
Assekuradeure	Assekuradeurdienstleistungen
Assisteure	Assistanceleistungen
Ermittler:innen	Betrugsabwehr
Entsorgungsunternehmen	Beseitigung von Abfällen
Gutachter/med. Experten/Berater	Prüfung von Anträgen, Leistungen, Regressen, Beratung
Inkassounternehmen/Auskunfteien	Bearbeitung von Forderungen, Existenznachweis
IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung von Systemen/Anwendungen/Onlineservices
Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung, Analysen der Kundenzufriedenheit (eKomi Holding GmbH)
Rechtsanwaltskanzleien	Einzug von Forderungen, Rechtsstreitigkeiten, Beschaffung von Ermittlungsakten, sonstige Rechtsdienstleistungen
Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement
Reparatur- und Sanierungsbetriebe, Schadendienstleister, Autovermieter	Reparatur von Sachschäden und begleitende Dienstleistungen
Routenplaner	Schadenbearbeitung/Terminplanung
Rückversicherer	Monitoring
Service-Gesellschaften	Bearbeitung von Leistungen und Beständen im Massengeschäft (techn. Versicherungen)
Telefonischer Kundendienst	Temporärer Kundendienst in besonderen Geschäftsprozessen, Kundenbetreuung
Vermittler:innen	Bearbeitung von Anträgen, Leistungen und Schäden, Beratung

AXA Krankenversicherung AG

Dienstleisterkategorie	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Heil-/Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln

Eine aktuelle Version dieser Übersicht der Dienstleister finden Sie im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz.

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie sich mit einem Widerspruch an uns wenden.



SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern AG, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von AXA Konzern AG auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000066097

Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) . .

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

bzw.

Kontonummer

BLZ

Die AXA Konzern AG wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) _____



Antwort

AXA Konzern AG
SEPA-Lastschriftmandat
Postfach 92 01 13
51151 Köln





Bitte in Blockschrift ausfüllen

Persönliche
Angaben

Herr **Versicherungsnehmer, Name**
 Frau
 Vorname _____
 Straße, Haus-Nr. _____
 Postleitzahl Wohnort _____
 Versicherungsschein-Nummer _____

Herr **Vermittler, Name**
 Frau
 Vorname _____
 Straße, Haus-Nr. _____
 Postleitzahl Wohnort _____
 Orga-Nr. _____

Ort/Tag der
Beratung

Büro des Betreuers Telefonisch Tag der Beratung (Tag/Monat/Jahr)
 Wohnung/Betrieb des Kunden Sonstiges _____

Zusätzliche Gesprächsteilnehmer

Gesprächsanlass

Vielen Dank für das Vertrauen, welches Sie mir und AXA (im Folgenden als „Versicherung“ oder „Versicherer“ bezeichnet) in unserem heutigen Gespräch entgegengebracht haben. Sie wünschten ausschließlich eine Beratung zum im Antrag genannten Versicherungsschutz.

Kundenwünsche

Wünschen Sie eine Absicherung

Versicherte Person 1
(siehe Antrag)

Versicherte Person 2
(siehe Antrag)

– des Pflegefall-Risikos? ja nein ja nein
 – Weitere, wenn ja, welche? ja nein ja nein

Hinweise zum
empfohlenen
Versicherungsschutz

Versicherungsschutz mit unterschiedlichen Leistungsinhalten wurde vorgestellt. Insbesondere wurde der Versicherungsschutz im Einzelnen erläutert und auf eventuelle Leistungsbegrenzungen hingewiesen.

ja nein

ja nein

Es wurde erläutert, dass durch den Abschluss von Pflege-Bahr (Tarif GEPV) alleine die bestehende Versorgungslücke in der Pflege nicht geschlossen wird.

ja nein

ja nein

Auf die Möglichkeit, dass AXA bei erheblichen Erhöhungen der Leistungsaufwendungen (gem. gesetzlicher Vorgaben) in Abstimmung mit dem Treuhänder den Beitrag anheben muss, wurde hingewiesen.

ja nein

ja nein

Der Umfang des Geltungsbereichs und die Dauer des Schutzes wurden erläutert.

ja nein

ja nein

Begründung der Empfehlung (Produkt/wesentliche Eckdaten)

Entgegen der ausdrücklichen Empfehlung des Vermittlers verzichtet der Versicherungsnehmers auf:

Im Übrigen gelten die Angaben des Versicherungsnehmers im Antrag. Darüber hinaus bestätigen Vermittler und Antragsteller/Versicherungsnehmer ausdrücklich, dass hinsichtlich sämtlicher, im Originalantrag vorgegebener Erklärungen keine Veränderungen vorgenommen wurden. Die Beratungsdokumentation wird zusammen mit dem Versicherungsantrag an die Versicherung zum Zweck der Archivierung und Bearbeitung von Beanstandungen übermittelt.

Es wird bestätigt, dass das Beratungsprotokoll in Deutschland unterschrieben wurde

Datum,
Unterschriften

Datum (Tag/Monat/Jahr) _____

Unterschrift Vermittler/-in

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in



X

X

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

Pflegevorsorge Vario

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Pflegevorsorgeversicherung.



Was ist versichert?

Zahlung des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes ab dem 1. des Monats, zu dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

- ✓ 100% des für den jeweiligen Pflegegrad vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, unabhängig davon, ob stationäre oder häusliche Pflege gewählt wird.
- ✓ Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 4.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Leistungen im Pflegefall, wenn dieser vorsätzlich herbeigeführt wurde.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

– 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.

– Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Benachrichtigen Sie uns bitte bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

– Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sofern der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegt, ist der Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag gekündigt wird oder die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz aufgibt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag kündigen.



Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

Pflegevorsorge Akut-U

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Pflegevorsorgeversicherung.



Was ist versichert?

Unabhängig vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit:

- ✓ 24 Stunden Hotline für Informationen und Beratung zu mittelbaren und unmittelbaren Pflegeleistungen.

Was wird ersetzt?

Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit:

- ✓ Vermittlung von erforderlichen unmittelbaren Pflegeleistungen in der Regel innerhalb von 24 Stunden.
- ✓ 100% der Aufwendungen für zahlreiche Dienstleistungen bis maximal 2.500 Euro pro Pflegefall, sofern der Versicherer diese organisiert oder vermittelt oder vorab die Kostenübernahme zugesagt hat.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Leistungen im Pflegefall, wenn dieser vorsätzlich herbeigeführt wurde.
- ! Pflegerische Versorgung und sonstige Dienstleistungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

– 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.

– Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

– Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sofern der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegt, ist der Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag gekündigt wird oder die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz aufgibt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag kündigen.



Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

Pflegevorsorge GEPV

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Pflegevorsorgeversicherung.



Was ist versichert?

Zahlung des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes ab dem 1. des Monats, zu dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, zu

- ✓ 100% bei Pflegegrad 5,
- ✓ 85% bei Pflegegrad 4,
- ✓ 45% bei Pflegegrad 3,
- ✓ 35% bei Pflegegrad 2,
- ✓ 10% bei Pflegegrad 1.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheitskosten
- ✗ Krankenhaustagegeld
- ✗ Krankentagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Leistungen innerhalb der Wartezeit von 5 Jahren.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.



Welche Verpflichtungen habe ich?

– Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Die Fragen im Antragsformular, die für die Feststellung der Versicherungs- und Förderfähigkeit maßgeblich sind, insbesondere, ob Sie in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind und ob Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden oder früher bezogen worden sind, müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

– Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Förderfähigkeit führt, insbesondere wenn die gesetzliche Pflegeversicherung nicht mehr fortbesteht, müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

– Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sofern der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegt, ist der Beitrag erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag gekündigt wird oder die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können nach Ablauf von zwei Versicherungsjahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag kündigen.



Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die AXA Krankenversicherung AG, Colonia Allee 10 – 20, 51067 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 Angabe 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. 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

Angaben zum Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Antrag.

Angaben zu Laufzeit und Ende des Versicherungsschutzes sowie der Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten oder den allgemeinen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewünschten Tarife.

Angaben zu 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 §§ 221, 224 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln

8. Gesamtpreis der Versicherung

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

9. Zahlung und Erfüllung

Die Beitrag 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 SEPA-Lastschriftverfahren.

10. Beendigung des Vertrages

Die AXA Krankenversicherung AG verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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.

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

11. 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.

12. Vertragssprache

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

13. 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 02 21 148-41000.

- a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen. Seine schriftlichen Empfehlungen haben für beide Seiten unverbindlichen Charakter. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

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

- b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
www.bafin.de

- c) Die Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten bleibt hiervon unberührt.



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 besteht, sofern für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegegrad 1 vorliegt - gemäß § 14 SGB XI.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14 und 15 SGB XI. Er endet, wenn für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit 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 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 einer Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegegrad 1 gemäß § 14 SGB XI und §§ 15 SGB XI sind durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Pflegebedürftigkeit nicht aus.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung 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.
- für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlags oder der Vergewaltigung zugezogen hat.
- 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 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 Versicherungsscheins 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 Vmhundertst und hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Vmhundertst, 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 Vmhundertst, kann der Versicherer unter den gleichen Voraussetzungen die Beiträge anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) (entfallen)

(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 von zwei Monaten 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 Textform.

§ 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 höchstgerichtliche 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.

Gültig ab 11.2022

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

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 einem Pflegegrad 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 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 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

Erdigung 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 allgemeinem 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-U Teil I

Stand: Januar 2017



Beiträge Tarif AKUT

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0-19*	0,30 €	45	2,40 €
20	1,10 €	46	2,50 €
21	1,20 €	47	2,60 €
22	1,20 €	48	2,70 €
23	1,20 €	49	2,80 €
24	1,30 €	50	2,90 €
25	1,30 €	51	3,00 €
26	1,30 €	52	3,10 €
27	1,40 €	53	3,20 €
28	1,40 €	54	3,40 €
29	1,50 €	55	3,50 €
30	1,50 €	56	3,70 €
31	1,50 €	57	3,80 €
32	1,60 €	58	4,00 €
33	1,60 €	59	4,20 €
34	1,70 €	60	4,40 €
35	1,70 €	61	4,60 €
36	1,80 €	62	4,80 €
37	1,90 €	63	5,10 €
38	1,90 €	64	5,30 €
39	2,00 €	65	5,50 €
40	2,00 €	66	5,80 €
41	2,10 €	67	6,10 €
42	2,20 €	68	6,50 €
43	2,20 €	69	6,80 €
44	2,30 €	70	7,30 €

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.

Stand: 01.2024



Vertragsgrundlage 008

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. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

Versicherungsfall; Beginn und Ende

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Er endet, wenn die Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(3) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 5 festgelegten Schwere bestehen.

(4) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

- Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
- Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettensitzes, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(5) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(6) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(7) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 5 und 6 entsprechend.

(8) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

Vertragsgrundlagen

(9) 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.

(10) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflegebedürftigkeit im Gebiet der Europäischen Union sowie der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. In der Schweiz besteht Versicherungsschutz gemäß § 16 Absatz 2 unter der Voraussetzung, dass für die versicherte Person eine deutsche korrespondenzfähige Anschrift und Bankverbindung besteht.

§ 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 einer versicherten Person sowie der Pflegegrad 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) Wenn der Versicherer Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit bei Auslandsaufenthalten überprüfen möchte, erfolgt dies durch den vom Versicherer beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Dabei trägt der Versicherer nur die Kosten der Untersuchung. Reise- und/oder Mehrkosten, die durch den Auslandsaufenthalt entstehen werden nicht übernommen.

(6) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Bonifikationen

(7) 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 jeweils festzulegenden Bonifikation teilnehmen.

§ 5 Einschränkungen der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht bei Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person

- die durch Kriegseignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegseignisse zurückzuführen sind;
- die durch Kriegseignisse im Ausland verursacht werden. Dies gilt nur, sofern die versicherte Person aktiv an diesen Ereignissen teilnimmt;



- c. die vorsätzlich herbeigeführt wurde oder durch vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle verursacht wurde;
- d. bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten und bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland nach Vertragsschluss für solche Mehrkosten, die entstehen, weil sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den medizinischen Dienst im Ausland aufhält. Dies gilt sowohl für Reisekosten des medizinischen Dienstes als auch für Reisekosten der versicherten Person zu Untersuchungen in Deutschland.

§ 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 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

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes (z. B. durch eine Dynamik), wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 10 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen 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 5 Prozent oder hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- (3) (entfallen)
- (4) 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 sind dem Versicherer unverzüglich nach Feststellung durch den medizinischen Dienst (s. § 4 Absatz 2), 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) Ist die versicherte Person weder bei einer deutschen Pflegekasse noch bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichert, ist die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, sich durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen.

4) Jede dauerhafte Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland (s. § 16 Absatz 2) ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 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 von zwei Monaten 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 oder die Schweiz ist, es sei denn dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person sich mehr als sechs Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt ebenfalls vor, wenn mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate überschreiten und zwischen den einzelnen Auslandsaufenthalten ein Zusammenhang besteht.

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
- (2) Digitale Kommunikation
Hat der Versicherungsnehmer einer elektronischen Kommunikation mit dem Versicherer ausdrücklich zugestimmt, kann der Versicherer die Kommunikation von postalischer auf elektronische Kommunikation umstellen. Von der Umstellung erfasst sind lediglich Erklärungen des Versicherers. Von der Umstellung ausgeschlossen sind jedoch solche Erklärungen des Versicherers, die der Schriftform bedürfen. Rechtzeitig vor der Umstellung wird AXA den Versicherungsnehmer postalisch informieren.

§ 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 den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur 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 höchststrichterliche 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.

Gültig ab 11.2022

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schlichtungsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schlichtungsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Vertragsgrundlage 085

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil II Tarif Pflegevorsorge Vario

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 den jeweiligen Pflegegrad vereinbarten Pflegegeldes.

Tarifstufen:

Vario 1-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegegrad 1.

Vario 2-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2.

Vario 3-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3.

Vario 4-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4.

Vario 5-U: 100% des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5.

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

(2) Höchst-Pflegegeld in den einzelnen Pflegegraden

- Die Höhe des Pflegegeldes nach den einzelnen Tarifstufen des Tarifs Pflegevorsorge Vario darf die Höhe der beim Versicherer für den jeweils nächsthöheren Pflegegrad bestehenden Pflegegelder nicht überschreiten. Die Tarifstufe Vario 4-U kann also nicht ohne Vario 5-U abgeschlossen werden. Dies gilt auch bei Erhöhung einzelner Tarifstufen durch Dynamiken und Optionen.
- Entfällt ein beim gleichen Versicherer bestehender Tarif der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) und entsteht durch den Wegfall in Tarifstufen des Vario eine Situation, in der die aufsteigende Höhe der Tarifstufen gemäß a) nicht mehr gegeben ist, erhöht der Versicherer die betroffene Tarifstufe soweit, dass sie das Niveau der Tarifstufe erreicht, die den davorliegenden höheren Pflegegrad bedient.

B. Beitragsbefreiung

Besteht für eine versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegegrad 4, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person in allen versicherten Tarifstufen befreit.

Die Beitragsbefreiung gilt für den ganzen Monat, in dem die Pflegebedürftigkeit besteht.

C. Dynamik

(1) Der Versicherer erhöht das versicherte Pflegegeld ohne Gesundheitsprüfung für alle Tarifstufen planmäßig alle drei Jahre um 10% des zuletzt vereinbarten Satzes. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum 1. Juli des 4. Versicherungsjahres der Tarifstufe Vario 5-U, wenn die jeweils versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet hat bzw. letztmals in dem Jahr, in dem die versicherte Person das 71. Lebensjahr vollendet hat. Dabei wird das Pflegegeld kaufmännisch auf volle 10,- Euro gerundet.

Eine Erhöhung erfolgt bis max. zu den vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen. Die aktuell gültigen Höchstgrenzen können dem Merkblatt über die Höchstgrenzen in der Pflegevorsorge entnommen werden.

(2) Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen im Vertrag versicherten Personen, für die Sie innerhalb von zwei Monaten nach unserer Mitteilung der Erhöhung widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

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

(3) Im Falle einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Vertragsschluss in ein Land außerhalb der EU/des EWR ruht der Anspruch auf eine Dynamik. Nach der Rückkehr werden unterbliebene Dynamiken nicht nachgeholt. Der Versicherte erhält dann erst bei der nächsten planmäßigen Dynamik wieder ein Angebot zur Erhöhung des Versicherungsschutzes.

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 Vario-U innerhalb der vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen um max. 500,- Euro erhöhen. Dies umfasst sowohl die Anhebung des monatlichen Pflegegeldes als auch die Hinzuvversicherung der Tarifstufe Vario 1-U, Vario 2-U, Vario 3-U und Vario 4-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 eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ermöglichen, sofern die versicherte Person das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und noch kein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit 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 (1x 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 der AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Höherversicherung verlangen, wenn vorher ununterbrochener Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge Vario-U bestand. Dies gilt nicht für versicherte Personen, die aufgrund § 198 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (Kindernachversicherung) versichert wurden.
- Einmalig bei Veränderung der Rahmenbedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung (geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit bzw. Kürzung der Pflegeleistungen).



(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

Gültig ab 09/2019

Vertragsgrundlage 086

Merklblatt über die Höchstgrenzen in der Pflegevorsorge

Sieht der Pflegevorsorgetarif (wie z. B. Vario) eine Regelung für Dynamiken/Optionen vor, so werden diese vom Versicherer nur solange angeboten, bis das abgesicherte Pflegegeld je Tarif die unten genannte Höchstgrenze erreicht hat.

Ziel der Dynamik und der Höchstgrenzen ist es, steigende Pflegekosten zu berücksichtigen und somit – zusammen mit der gesetzlichen Pflegeversicherung – eine bedarfsrechte Absicherung für den Pflegefall zu gewährleisten.

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| (1) Höchstgrenze: | Pflegegrad 1 – 1.250 Euro |
| | Pflegegrad 2 – 2.250 Euro |
| | Pflegegrad 3 – 4.500 Euro |
| | Pflegegrad 4 – 4.500 Euro |
| | Pflegegrad 5 – 4.500 Euro |

(2) Die gesetzlichen oder tatsächlichen Rahmenbedingungen können Ihren Bedarf an Pflegevorsorge ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer alle drei Jahre, beginnend ab dem Jahr 2017, für jeden Tarif die Angemessenheiten der Höchstgrenzen. Für diesen Vergleich wird die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes betrachtet. Ist dieser seit der letzten Anpassung (erstmalig: ab Tarifeinführung) um 10 % oder mehr gestiegen, wird die Höchstgrenze in Vario 5-U mindestens um den prozentualen Anstieg des Verbraucherpreisindexes angepasst. Die so ermittelte Summe wird für jede Tarifstufe auf volle 100 Euro aufgerundet. Die übrigen Tarifstufen Vario 4-U bis 1-U werden im selben Verhältnis angepasst und gerundet.

(3) Die Änderungen werden nach Zustimmung des Treuhänders zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(4) Ist die jeweilige Höchstgrenze für Dynamiken erreicht, erhält der Versicherte kein Dynamikangebot mehr. Nach einer Anpassung der Höchstgrenzen (siehe 1. bis 3.) werden unterbliebene Dynamiken nicht nachgeholt. Der Versicherte erhält dann erst bei der nächsten planmäßigen Dynamik wieder ein Angebot zur Erhöhung des Versicherungsschutzes.

Gültig ab: 10.2016

Vertragsgrundlage VG 005

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung
Teil I: Musterbedingungen 2022
(MB/GEV 2022) §§ 1 - 27

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Abs. 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkung des Versicherten

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

(1) Vergibt die Zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagennummer für die förderfähige ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagennummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI; bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) geförderte Versicherung bei dem gleichen Versicherungsunternehmen verlangen.

Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600,- Euro. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5. Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausbezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.



(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abtreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10,- Euro und der Zulage in Höhe von 5,- Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragszugang gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages 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 im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10 Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

§ 11 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen 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 eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

- Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
- Anrechnung auf den Beitrag,
- Erhöhung der Leistung oder

d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(6) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(7) 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.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.



§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Zulagenantrag hierfür storniert wurde.
- (4) §§ 37, 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 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.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages 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.
- (3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

- (1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.
- (2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:
- Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
 - Es sind keine Beiträge zu zahlen.
 - Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
 - Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
 - Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
 - In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

- (1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz 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 oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein, aber nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.

- (2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

- (3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15,- Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

- (4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Besteht für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern ein Versicherungsvertrag über die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erstes abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Falle der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

- (1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
- (2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15,- Euro (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.
- (3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.
- (4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.
- (5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.
- (6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI.
- (7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrundeliegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.
- (8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.
- (9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

§ 27 Übergangsregelung

- (1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung am 31.12.2016	Einstufung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5



(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schlichtungsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schlichtungsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.



Beitragstabelle Angebot 1 und Angebot 2 Tarif VARIO

Alter	Angebot 1 Premium	Angebot 2 Komfort
	VARIO 5-U = 1.900 Euro VARIO 4-U = 1.600 Euro VARIO 3-U = 1.200 Euro VARIO 2-U = 600 Euro VARIO 1-U = 100 Euro	VARIO 5-U = 1.400 Euro VARIO 4-U = 1.100 Euro VARIO 3-U = 700 Euro VARIO 2-U = 100 Euro
0-14	15,40 €	8,74 €
15-19	14,85 €	8,52 €
20	39,45 €	21,94 €
21	40,85 €	22,73 €
22	42,09 €	23,41 €
23	43,49 €	24,20 €
24	44,79 €	24,89 €
25	46,31 €	25,75 €
26	47,61 €	26,44 €
27	49,19 €	27,31 €
28	50,77 €	28,18 €
29	52,41 €	29,06 €
30	54,12 €	30,00 €
31	55,76 €	30,88 €
32	57,68 €	31,94 €
33	59,45 €	32,89 €
34	61,56 €	34,09 €
35	63,33 €	35,04 €
36	65,43 €	36,18 €
37	67,61 €	37,39 €
38	69,71 €	38,53 €
39	72,19 €	39,89 €
40	74,52 €	41,15 €
41	77,00 €	42,51 €
42	79,64 €	43,98 €
43	82,27 €	45,39 €
44	85,15 €	46,95 €
45	88,31 €	48,69 €
46	91,48 €	50,43 €
47	95,07 €	52,40 €
48	98,76 €	54,41 €
49	102,64 €	56,56 €
50	106,73 €	58,77 €
51	111,14 €	61,19 €
52	115,60 €	63,62 €
53	120,53 €	66,31 €
54	125,87 €	69,26 €
55	131,32 €	72,22 €
56	137,18 €	75,44 €
57	143,35 €	78,81 €
58	150,11 €	82,52 €
59	157,33 €	86,49 €
60	164,96 €	90,66 €
61	173,11 €	95,10 €
62	181,92 €	99,94 €
63	191,47 €	105,17 €
64	201,39 €	110,56 €
65	207,20 €	113,77 €
66	218,69 €	120,03 €
67	230,91 €	126,70 €
68	244,46 €	134,15 €
69	259,25 €	142,28 €
70	274,91 €	150,87 €



Beitragstabelle für das individuelle Angebot Tarif VARIO

Monatsbeiträge Pflegevorsorge VARIO 1-U
für 100 Euro monatliches Pflegegeld für Pflegegrad 1

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0-14	0,06 €	45	0,62 €
15-19	0,03 €	46	0,65 €
20	0,26 €	47	0,67 €
21	0,27 €	48	0,70 €
22	0,28 €	49	0,73 €
23	0,29 €	50	0,76 €
24	0,30 €	51	0,80 €
25	0,31 €	52	0,83 €
26	0,32 €	53	0,87 €
27	0,33 €	54	0,91 €
28	0,34 €	55	0,95 €
29	0,35 €	56	0,99 €
30	0,37 €	57	1,04 €
31	0,38 €	58	1,09 €
32	0,39 €	59	1,14 €
33	0,41 €	60	1,20 €
34	0,42 €	61	1,26 €
35	0,44 €	62	1,33 €
36	0,45 €	63	1,40 €
37	0,47 €	64	1,48 €
38	0,48 €	65	1,53 €
39	0,50 €	66	1,61 €
40	0,52 €	67	1,71 €
41	0,54 €	68	1,81 €
42	0,56 €	69	1,92 €
43	0,58 €	70	2,04 €
44	0,60 €		

Monatsbeiträge Pflegevorsorge VARIO 4-U
für 100 Euro monatliches Pflegegeld für Pflegegrad 4

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0-14	0,27 €	45	1,64 €
15-19	0,22 €	46	1,70 €
20	0,74 €	47	1,76 €
21	0,77 €	48	1,83 €
22	0,79 €	49	1,90 €
23	0,82 €	50	1,98 €
24	0,84 €	51	2,06 €
25	0,87 €	52	2,14 €
26	0,89 €	53	2,23 €
27	0,92 €	54	2,33 €
28	0,95 €	55	2,43 €
29	0,98 €	56	2,54 €
30	1,01 €	57	2,65 €
31	1,04 €	58	2,77 €
32	1,08 €	59	2,90 €
33	1,11 €	60	3,04 €
34	1,15 €	61	3,19 €
35	1,18 €	62	3,35 €
36	1,22 €	63	3,53 €
37	1,26 €	64	3,71 €
38	1,30 €	65	3,82 €
39	1,34 €	66	4,03 €
40	1,39 €	67	4,25 €
41	1,43 €	68	4,50 €
42	1,48 €	69	4,77 €
43	1,53 €	70	5,06 €
44	1,58 €		

Monatsbeiträge Pflegevorsorge VARIO 2-U
für 100 Euro monatliches Pflegegeld für Pflegegrad 2

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0-14	0,38 €	45	2,79 €
15-19	0,36 €	46	2,89 €
20	1,20 €	47	3,01 €
21	1,24 €	48	3,13 €
22	1,28 €	49	3,25 €
23	1,32 €	50	3,39 €
24	1,37 €	51	3,53 €
25	1,41 €	52	3,68 €
26	1,46 €	53	3,84 €
27	1,51 €	54	4,01 €
28	1,56 €	55	4,19 €
29	1,62 €	56	4,38 €
30	1,67 €	57	4,58 €
31	1,73 €	58	4,80 €
32	1,79 €	59	5,03 €
33	1,85 €	60	5,28 €
34	1,91 €	61	5,55 €
35	1,97 €	62	5,83 €
36	2,04 €	63	6,14 €
37	2,11 €	64	6,47 €
38	2,18 €	65	6,65 €
39	2,26 €	66	7,03 €
40	2,34 €	67	7,43 €
41	2,42 €	68	7,86 €
42	2,50 €	69	8,33 €
43	2,59 €	70	8,83 €
44	2,69 €		

Monatsbeiträge Pflegevorsorge VARIO 5-U
für 100 Euro monatliches Pflegegeld für Pflegegrad 5

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0-14	0,10 €	45	0,61 €
15-19	0,14 €	46	0,63 €
20	0,29 €	47	0,66 €
21	0,30 €	48	0,68 €
22	0,31 €	49	0,71 €
23	0,32 €	50	0,73 €
24	0,33 €	51	0,76 €
25	0,34 €	52	0,79 €
26	0,35 €	53	0,82 €
27	0,36 €	54	0,86 €
28	0,37 €	55	0,89 €
29	0,38 €	56	0,93 €
30	0,39 €	57	0,97 €
31	0,40 €	58	1,02 €
32	0,41 €	59	1,07 €
33	0,42 €	60	1,12 €
34	0,44 €	61	1,17 €
35	0,45 €	62	1,23 €
36	0,46 €	63	1,29 €
37	0,48 €	64	1,35 €
38	0,49 €	65	1,39 €
39	0,51 €	66	1,46 €
40	0,52 €	67	1,54 €
41	0,54 €	68	1,63 €
42	0,56 €	69	1,73 €
43	0,57 €	70	1,83 €
44	0,59 €		

Monatsbeiträge Pflegevorsorge VARIO 3-U
für 100 Euro monatliches Pflegegeld für Pflegegrad 3 in Euro

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0-14	0,57 €	45	2,76 €
15-19	0,54 €	46	2,86 €
20	1,22 €	47	2,97 €
21	1,26 €	48	3,09 €
22	1,30 €	49	3,21 €
23	1,34 €	50	3,34 €
24	1,38 €	51	3,48 €
25	1,43 €	52	3,62 €
26	1,47 €	53	3,78 €
27	1,52 €	54	3,94 €
28	1,57 €	55	4,12 €
29	1,62 €	56	4,30 €
30	1,68 €	57	4,50 €
31	1,73 €	58	4,71 €
32	1,79 €	59	4,94 €
33	1,85 €	60	5,18 €
34	1,91 €	61	5,44 €
35	1,97 €	62	5,72 €
36	2,04 €	63	6,02 €
37	2,10 €	64	6,34 €
38	2,17 €	65	6,52 €
39	2,25 €	66	6,89 €
40	2,32 €	67	7,28 €
41	2,40 €	68	7,71 €
42	2,48 €	69	8,18 €
43	2,57 €	70	8,68 €
44	2,66 €		

Eintrittsalter = Beginn minus Geburtsjahr.



Anhang zu den MB/GEPV neu

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. **Mobilität:** Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Anforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:** motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. **Selbstversorgung:** Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung;
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planung, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. **Punktbereich 0:** keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. **Punktbereich 1:** geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. **Punktbereich 2:** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. **Punktbereich 3:** schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. **Punktbereich 4:** schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. **Mobilität** mit 10 Prozent,
2. **kognitive und kommunikative Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** zusammen mit 15 Prozent,
3. **Selbstversorgung** mit 40 Prozent,
4. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** mit 20 Prozent,
5. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünftens Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Eine Prüfung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a vorliegt, erfolgt auch bei Versicherten, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünftens Buches besteht.

(2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.



(2a) Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2016 keine Wiederholungsbegutachtungen nach Absatz 2 Satz 5 durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2b) Die Frist nach Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 unbeachtlich. Abweichend davon ist einem Antragsteller, der ab dem 1. November 2016 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(2c) Abweichend von Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2b dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünftens Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen, oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeit (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3. Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünftens Buches gilt entsprechend.

(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünftens Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Tagesbezug;
2. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 3 genannten Kriterien pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.

(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren.

Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Bis zum 31. Dezember 2020 wird auch die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, nach § 33 Absatz 1 des Fünftens Buches vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünftens Buches. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünftens Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.

(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen.

Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 126 Zulagenberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulagenberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulagenberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulagenberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.



(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 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.

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

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 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.

Stand: 1. Januar 2013



Vertragsgrundlage 061 Tarif GEPV

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung
Teil I Bedingungen

A Leistungen des Versicherers

Das monatliche Pflegegeld beträgt 600,- Euro.

Der Versicherer zahlt das vertraglich vereinbarte monatliche Pflegegeld

Bei Pflegegrad 5 zu 100 %

Bei Pflegegrad 4 zu 85 %

Bei Pflegegrad 3 zu 45 %

Bei Pflegegrad 2 zu 35 %

Bei Pflegegrad 1 zu 10 %

Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

Über die in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2022), geregelte Erhöhung des Pflegegeldes hinaus ist eine Erhöhung des bei Vertragsabschluss vereinbarten monatlichen Pflegegeldes nicht möglich.

B Eintrittsalter zur Beitragsberechnung

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den Tarif und dem Geburtsjahr.

Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 18. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters, das die versicherte Person dann gemäß Satz 1 erreicht hat zu zahlen.

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2013 für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2022)

Gültig ab 01.2022

Monatliche Beiträge

Alter	Beitrag*	Alter	Beitrag*
18	17,52 €	47	36,72 €
19	17,70 €	48	37,98 €
20	17,88 €	49	39,30 €
21	18,12 €	50	40,74 €
22	18,42 €	51	42,18 €
23	18,78 €	52	43,74 €
24	19,20 €	53	45,42 €
25	19,62 €	54	47,16 €
26	20,04 €	55	49,02 €
27	20,58 €	56	50,94 €
28	21,12 €	57	53,04 €
29	21,66 €	58	55,26 €
30	22,26 €	59	57,60 €
31	22,86 €	60	60,06 €
32	23,46 €	61	62,76 €
33	24,12 €	62	65,58 €
34	24,84 €	63	68,64 €
35	25,50 €	64	71,88 €
36	26,28 €	65	75,42 €
37	27,00 €	66	79,14 €
38	27,78 €	67	83,16 €
39	28,62 €	68	87,54 €
40	29,46 €	69	92,22 €
41	30,36 €	70	97,20 €
42	31,32 €	71	102,60 €
43	32,28 €	72	108,42 €
44	33,30 €	73	114,78 €
45	34,38 €	74	121,50 €
46	35,52 €	75	128,64 €

Monatsgeld

10 % Pflegegrad 1	35 % Pflegegrad 2	45 % Pflegegrad 3	85 % Pflegegrad 4	100 % Pflegegrad 5
60,00 €	210,00 €	270,00 €	510,00 €	600,00 €

Stand: 01.2025

* Der Beitrag reduziert sich um die 5,00 Euro Förderung.

Die Höhe der Prämie entnehmen Sie bitte der Tabelle. Darauf angerechnet wird die staatlich gewährte Zulage in Höhe von 5 Euro. Ihr Beitrag ist von Ihrem Eintrittsalter abhängig. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Nur der nach Anrechnung der staatlichen Zulage verbleibende Eigenanteil der Prämie ist von Ihnen jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.



Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) und dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), Lebenspartnerschaftsgesetz

VVG

§ 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 Abschluss 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 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 Auskunft- 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 bezieht 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 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
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten 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 widerruflich 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 Beifügung 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 Altersrückstellung 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 Altersrückstellung 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: ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

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 Altersrückstellung 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 Altersrückstellung 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 Altersrückstellung anzurechnen ist.

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

(2) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Altersrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.

(3) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Altersrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

(4) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196 besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.

(5) 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 Altersrückstellung 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 von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmittteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhe 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. (...)

(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(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. (...)



§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei (...)

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und (...)

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

SGB V

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

(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 nach § 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 Beihilfesatz 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 Aufnahmebedingungen 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 Beitragssatz 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.

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.



Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

1. Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2. Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 1.1.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

