

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

OptiMed Tarif O1A

SERVICEVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

im Folgenden erhalten Sie die Versicherungsbedingungen für OptiMed Tarif O1A.

- Aus OptiMed Tarif O1A werden zahlreiche Assistenzleistungen bei Hilfebedürftigkeit erbracht
- Im Versicherungsfall freie Wahl zwischen der Inanspruchnahme der erforderlichen Assistenzleistungen oder einer Geldpauschale
- Direktabrechnung mit vermittelten Dienstleistern

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor, so dass die Leistungen nach § 2 in Anspruch genommen werden können?	2
§ 2 Welche Leistungen sind vorgesehen?	2
§ 3 Wie oft und für welche Dauer werden die Leistungen gemäß § 2 erbracht?	4
§ 4 Wer erbringt die Assistenzleistungen und wie erfolgt die Abrechnung?	4
§ 5 Wer ist nach OptiMed Tarif O1A versicherungsfähig?	4
§ 6 Welche allgemeinen Grundsätze gelten zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes?	4
§ 7 Was kostet der Versicherungsschutz?	4
§ 8 Kann sich der Beitrag nach Abschluss des Vertrages noch ändern?	4
§ 9 Wie erfolgt die Beitragszahlung?	4
§ 10 Wie lange dauert der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?	6
§ 11 Ab wann können die Leistungen aus OptiMed Tarif O1A in Anspruch genommen werden?	7
§ 12 Gibt es eine Wartezeit?	7
§ 13 Wann endet der Anspruch auf Leistungen?	7
§ 14 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	7
§ 15 Was sind die Folgen von Obliegenheitsverletzungen?	8
§ 16 Was ist in Bezug auf die Auszahlung von Geldleistungen zu beachten?	8
§ 17 Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?	8
§ 18 Können Sie Ihre Ansprüche gegen uns auf Dritte übertragen?	8
§ 19 Was ist bei der Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?	9
§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?	9
§ 21 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch ändern?	9

§ 1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor, so dass die Leistungen nach § 2 in Anspruch genommen werden können?

1. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person aufgrund

- a) eines Unfalls gemäß der Definition in Absatz 2 bzw.
- b) einer Krankheit im Anschluss an eine medizinisch notwendige
 - vollstationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus oder
 - ambulante Operation

so beeinträchtigt ist, dass sie in ihrer häuslichen Umgebung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens fremde Hilfe benötigt (Hilfebedürftigkeit) und dies durch ein entsprechendes ärztliches Attest festgestellt wird.

Voraussetzung für eine Hilfebedürftigkeit ist, dass die versicherte Person bei wenigstens zwei der folgenden sechs Verrichtungen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf:

- Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Waschen, Kämmen, Rasieren
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
- Wasserlassen
- Stuhlgang

Der Versicherungsfall beginnt mit dem Tag, für den der Beginn der Hilfebedürftigkeit ärztlich festgestellt wurde, frühestens jedoch am Tag dieser Feststellung (Beginn des Versicherungsfalls).

2. Ein Unfall im Sinne von Absatz 1 a) liegt dabei vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

- a) Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- b) Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person - unabhängig von der Ursache - einen Oberschenkelhalsbruch erleidet. Ein Oberschenkelhalsbruch in diesem Sinne ist jede hüftgelenknahe Oberschenkelfraktur.

3. Wird während eines bereits laufenden Versicherungsfalls erneut Hilfebedürftigkeit gemäß Absatz 1 festgestellt, so tritt ein neuer Versicherungsfall nur dann ein, wenn insoweit kein ursächlicher Zusammenhang mit dem laufenden Versicherungsfall besteht.

§ 2 Welche Leistungen sind vorgesehen?

Im Versicherungsfall können folgende, innerhalb von Deutschland zu erbringende Leistungen in Anspruch genommen werden. Die in Absatz 2 und 3 aufgeführten **Assistanceleistungen** werden von uns bzw. durch einen von uns vermittelten Dienstleister erbracht bzw. organisiert (vgl. § 4).

1. Erstgespräch

a) Erstgespräch zur Feststellung des konkreten Bedarfs an Hilfeleistung und Information über Art und Durchführung der Hilfeleistung bzw. über die Voraussetzungen zum Bezug des Ersatzgeldes (vgl. Absatz 4).

Sobald uns die Hilfebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. 1 nachgewiesen worden ist, stellen wir bzw. der von uns beauftragte Dienstleister (vgl. § 4) unverzüglich fest, welche Assistanceleistungen, in welchem Umfang und für welche voraussichtliche Dauer die versicherte Person objektiv benötigt. Dafür wird der individuell notwendige Umfang fremder Hilfe bei den in § 1 Abs. 1 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zugrunde gelegt. Es wird berücksichtigt, inwieweit der Bedarf an Hilfeleistungen durch Leistungen der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung abgedeckt ist. Ändert sich während des Versicherungsfalls der Bedarf an Hilfeleistungen, werden Umfang und Dauer der Assistanceleistungen entsprechend angepasst.

b) Die sich aus dem Erstgespräch ergebenden notwendigen Assistanceleistungen im Sinne des nachfolgenden Absatz 2 werden innerhalb von zwei Werktagen ab dem Tage des Erstgesprächs vermittelt bzw. organisiert (vgl. auch Absatz 5).

2. Organisations- und Vermittlungsleistungen

- 2.1
- Vermittlung eines Dienstleisters zur Einrichtung einer Hausnotrufanlage
 - Organisation eines Menüservice
 - Organisation einer Hilfskraft für Einkäufe und notwendige Besorgungen
 - Organisation einer Hilfskraft zur Reinigung der Wohnung
 - Organisation einer Hilfskraft zur Versorgung der Wäsche / Schuhpflege
 - Organisation einer Fachkraft zur Grundpflege

Entgelte für die vermittelten bzw. organisierten Dienstleistungen sind im Rahmen von Absatz 3 auch Gegenstand dieser Versicherung.

- 2.2
- Organisation einer Begleitung bei Arzt- und Behördengängen
 - Organisation einer Tag- und Nachtwache
 - Vermittlung einer Beratung bei Umbau von Wohnung / Kfz
 - Vermittlung einer Beratung bei einer sich abzeichnenden Pflegebedürftigkeit
 - Vermittlung von Pflegehilfsmitteln
 - Kontaktherstellung zu Pflegeheimen
 - Organisation einer Pflegeschulung für Angehörige

Entgelte für die vermittelten bzw. organisierten Dienstleistungen sind nicht Gegenstand dieser Versicherung.

3. **Hilfe- und Pflegeleistungen im Zusammenhang mit Absatz 2.1**

▪ Hausnotruf

Bereitstellung einer Hausnotrufanlage (sofern die technischen Voraussetzungen vorhanden sind) über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

Wir übernehmen die Kosten für die Einrichtung und den späteren Abbau der Anlage. Die laufenden Kosten übernehmen wir für den in § 3 genannten Zeitraum.

▪ Menüservice

Täglich:
Wahl einer Hauptmahlzeit aus einem Menüangebot inklusive Diät- und Schonkost.

Ist dieser Service örtlich nicht verfügbar, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 tiefgekühlte Hauptmahlzeiten) angeliefert.

▪ Einkäufe / Besorgungen

Einmal pro Woche bis zu 3 Stunden:
Einkäufe von Waren zur Deckung des täglichen Bedarfs oder notwendige Besorgungen (z.B. Banken- und Behördengänge, das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung).

Die Kosten für die eingekauften Waren bzw. für die Reinigung der Wäsche etc. sind nicht Gegenstand dieser Versicherung.

▪ Reinigung der Wohnung

Einmal pro Woche bis zu 3 Stunden:
Reinigung der allgemein üblichen Lebensbereiche (Wohn- und Schlafraum, Bad, Toilette und Küche) im allgemein üblichen Umfang.
Voraussetzung ist, dass die Räume vor Eintritt des Versicherungsfalles in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

▪ Wäscheservice / Schuhpflege

Einmal pro Woche bis zu 3 Stunden:
Sortieren, Waschen, Trocknen, Bügeln und Einräumen der Wäsche und Kleidung; Schuhpflege

▪ Grundpflege

Bis zu 14 Stunden pro Woche Hilfe bei folgenden Verrichtungen:
 Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung
 Ernährung: mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung
 Mobilität: selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

4. **Ersatzgeld**

Werden die Leistungen nach Absatz 2 und 3 nicht in Anspruch genommen, so erhalten Sie zur Abgeltung sämtlicher Leistungen des Versicherungsfalles nach dessen Feststellung ein Ersatzgeld in Höhe von 300 Euro (vgl. auch § 16).

5. **Entschädigung bei Überschreiten der 2-Tage-Frist in Absatz 1 b)**

Kann die 2-Tage-Frist in Absatz 1 b) von uns ausnahmsweise einmal nicht eingehalten werden, besteht hierfür je Versicherungsfall Anspruch auf eine einmalige Entschädigung in Höhe von insgesamt 200 Euro (vgl. auch § 16). Unabhängig davon werden die notwendigen Leistungen (vgl. Absatz 1 b) unverzüglich erbracht bzw. organisiert. Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

§ 3 Wie oft und für welche Dauer werden die Leistungen gemäß § 2 erbracht?

Leistungen gemäß § 2 werden pro Kalenderjahr für maximal zwei Versicherungsfälle im Sinne von § 1 erbracht. Maßgeblich für die Zuordnung zum Kalenderjahr ist der Zeitpunkt in dem der Versicherungsfall eingetreten ist.

Das Erstgespräch bzw. die Organisations- und Vermittlungsleistungen gemäß § 2 Abs. 1 und 2 werden einmalig innerhalb von 12 Wochen ab dem Beginn des Versicherungsfalls (vgl. § 1 Abs. 1) erbracht.

Die Hilfe- und Pflegeleistungen gemäß § 2 Abs. 3 werden erbracht, solange die versicherte Person hilfebedürftig ist, jedoch je Versicherungsfall längstens für einen Zeitraum von 12 Wochen, die Leistungen der Grundpflege für maximal 4 Wochen je Versicherungsfall. Die Frist läuft ab Beginn des Versicherungsfalls (vgl. § 1 Abs. 1). Tage einer danach erfolgenden vollstationären Krankenhausbehandlung bzw. Anschlussheilbehandlung/-rehabilitation verlängern den Zeitraum entsprechend.

§ 4 Wer erbringt die Assistenzleistungen und wie erfolgt die Abrechnung?

Die Assistenzleistungen werden von uns bzw. durch einen von uns vermittelten qualifizierten Dienstleister erbracht bzw. organisiert und direkt mit uns abgerechnet.

Kein Leistungsanspruch besteht, wenn Sie oder die versicherte Person selbst eine/n Hilfsorganisation/Dienstleister auswählen (vgl. jedoch § 2 Abs. 4).

§ 5 Wer ist nach OptiMed Tarif O1A versicherungsfähig?

Versicherungsfähig nach OptiMed Tarif O1A sind Personen ab einem Eintrittsalter von 18 Jahren.

§ 6 Welche allgemeinen Grundsätze gelten zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes?

1. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
2. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 7 Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz kostet monatlich 10,50 EUR.

§ 8 Kann sich der Beitrag nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

1. Wir sind berechtigt, die Beiträge zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen die kalkulierten Versicherungsleistungen übersteigen. Um diesen Beitragsänderungsgrund festzustellen, vergleichen wir zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden wir den Beitrag überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen (vgl. auch § 10 Abs. 5). Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung folgt.

§ 9 Wie erfolgt die Beitragszahlung?

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an (vgl. § 10 Abs. 1) berechnet. Der Beitrag kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. eines Kalendermonats, ist für den ersten Vertragsmonat nur der anteilige Betrag der monatlichen Beitragsrate zu zahlen.

Der erste Vertragsmonat beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Vertragsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag.

Wird ein Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

Fällig ist

- der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres,
- eine Beitragsrate am Ersten eines jeden Monats. Bis zum Monatsersten gelten die Raten jeweils als gestundet.

Fällige Beiträge/Beitragsraten sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Werden die monatlichen Beitragsraten im Lastschriftverfahren im Voraus gezahlt, erhalten Sie einen Beitragsnachlass von:

- 3% bei einer Vorauszahlung für 12 Monate,
- 2% bei einer Vorauszahlung für 6 Monate.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - sofern nicht anders vereinbart - unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis von uns durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Auszug aus dem VVG

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

2. Achtung: Wird der erste Beitrag oder werden spätere Beiträge nicht bzw. nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!

Auszug aus dem VVG

§ 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.

3. Kommen Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig, d. h. ihre Stundung wird aufgehoben, so dass auch hier dann die Regelung in Absatz 2 gilt.
Die Raten gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet ist.

§ 10 Wie lange dauert der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?

1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn Sie ihn nicht fristgemäß nach Absatz 2 kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Vertragsdauer gemäß Absatz 1, mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen.

Wir hingegen verzichten auf dieses ordentliche Kündigungsrecht.

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3. Wir dürfen das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung beenden, wenn die Gesundheitsfragen nicht ordnungsgemäß beantwortet wurden (vgl. insoweit die entsprechenden Erklärungen in den Versicherungsanträgen). Soweit wir den Rücktritt und/oder die Anfechtung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen, können Sie den Restvertrag analog zu der diesbezüglichen Regelung in Absatz 2 beenden (vgl. auch Absatz 7).

4. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht diese Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie diese Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

5. Erhöhen wir die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel gemäß § 8 Abs. 1, oder ändern wir diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 21 Abs. 1, so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

6. Sonstige Beendigungsgründe:

a) Soweit Sie auch versicherte Person sind, endet das Versicherungsverhältnis mit Ablauf des Tages, auf den die (abschließende) Feststellung, dass Sie einen Anspruch auf Leistungen im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung) haben, datiert ist. Dies setzt auch voraus, dass die gesetzlichen Wartezeiten für diese Leistungen erfüllt sind. Ergeht für eine sonstige versicherte Person eine entsprechende Feststellung, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.

b) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegen. Verlegt eine versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 kann die Versicherung auf Ihr Verlangen auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.

c) Das Versicherungsverhältnis endet auch im Falle Ihres Todes. Stirbt eine versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.

7. Wirksamkeit von Kündigungen und Recht zur Fortsetzung

a) Wenn Sie die Versicherung einer versicherten Person kündigen, ist diese Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person von der Kündigung Kenntnis erlangt hat.

b) Endet das Versicherungsverhältnis,

- weil Sie es insgesamt oder für einzelne versicherte Personen kündigen,
- weil wir es unter den Voraussetzungen des § 38 Abs. 3 VVG wirksam wegen Zahlungsverzug kündigen,
- weil Ihre Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung ärztlich festgestellt wird oder
- aufgrund Ihres Todes,

haben die betroffenen versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern die diesbezüglichen Voraussetzungen wie die Versiche-

rungsfähigkeit gegeben sind. Eine solche Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten abzugeben. Der Lauf dieser Frist beginnt ab Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kündigen wir das Versicherungsverhältnis wegen Zahlungsverzugs, beginnt der Lauf der Frist mit dem Zeitpunkt in dem wir die versicherten Personen über die Kündigung und das Recht zur Fortführung der Versicherung informiert haben und sie insoweit von ihrem Recht Kenntnis erlangt haben.

§ 11 Ab wann können die Leistungen aus OptiMed Tarif O1A in Anspruch genommen werden?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit gemäß § 12. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 12 Gibt es eine Wartezeit?

Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an und beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen (vgl. § 1 Abs. 2), unabhängig davon, ob auch ein Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Operation erfolgt.

§ 13 Wann endet der Anspruch auf Leistungen?

1. Der Anspruch auf Leistungen aus OptiMed Tarif O1A endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses (vgl. § 10). Dies gilt auch dann, wenn die Leistungserbringung gemäß § 2 Abs. 2 und 3 bereits begonnen hat und noch nicht beendet ist.
2. Endet das Versicherungsverhältnis weil ein Anspruch auf Leistungen im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellt wird (vgl. § 10 Abs. 6 a), besteht - abweichend von Absatz 1 - einmalig ein Anspruch auf das Erstgespräch sowie die Organisations- und Vermittlungsleistungen gemäß § 2 Abs. 1 und 2 einschließlich eines etwaigen Entschädigungsanspruchs nach § 2 Abs. 5. Der Anspruch kann innerhalb von 4 Wochen ab dem Tag der Feststellung des Leistungsanspruchs im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (vgl. § 10 Abs. 6 a) geltend gemacht werden. Weitergehende Ansprüche wie die aus § 2 Abs. 3 und 4 (Entgelte, Ersatzgeld) bestehen nicht.
3. Wird ein Leistungsanspruch im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (vgl. § 10 Abs. 6 a) während eines laufenden Versicherungsfalles festgestellt, endet - abweichend von Absatz 1 - der Anspruch auf die Leistungen gemäß § 2 Abs. 2 und 3 wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens jedoch mit Ablauf der Höchstleistungsdauern gemäß § 3.

§ 14 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

Folgende Obliegenheiten sind zu beachten:

- a) Während der Leistungserbringung sind uns Besserungen des Gesundheitszustandes der versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.
- b) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 16 Abs. 2) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- c) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- d) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- e) Die Feststellung eines Leistungsanspruchs im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung nebst des Zeitpunktes, auf den diese datiert ist (vgl. § 10 Abs. 6 a), ist uns unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit (Stufe I, II oder III) innerhalb von 4 Wochen in Textform anzuzeigen.

§ 15 Was sind die Folgen von Obliegenheitsverletzungen?

Wir sind mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 14 (a bis e) genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

In den Fällen des § 1 Abs.1 besteht keine Leistungspflicht, bis die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

Auszug aus dem VVG

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

§ 16 Was ist in Bezug auf die Auszahlung von Geldleistungen zu beachten?

1. Bezüglich der Fälligkeit gilt, dass Geldleistungen nach diesen Bedingungen fällig sind, wenn die zur Feststellung des Anspruchs nötigen Erhebungen beendet sind:
 - Für das Ersatzgeld nach § 2 Abs. 4 ist dies der Fall, sobald die Voraussetzungen des Versicherungsfalles gemäß § 1 durch uns festgestellt wurden und Sie auf Leistung gemäß § 2 Abs. 2 und 3 verzichten.
 - Für die Entschädigung nach § 2 Abs. 5 ist dies der Fall, sobald die Überschreitung der dort definierten Zweitagefrist festgestellt wurde.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, soweit die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens Ihrerseits gehindert sein sollte.

2. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

§ 17 Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?

Sie können gegen Forderungen, die wir gegen Sie haben, nur aufrechnen, soweit die Forderung, die Sie gegen uns haben, rechtskräftig festgestellt oder von uns nicht bestritten worden ist.

§ 18 Können Sie Ihre Ansprüche gegen uns auf Dritte übertragen?

1. Sie können Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen aus diesem Produkt nicht auf Dritte übertragen.
2. Soweit Ihre Ansprüche Geldleistungen betreffen, können diese insbesondere weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 19 Was ist bei der Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform (z. B. E-Mail) vereinbart ist.

§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.
2. Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig.

§ 21 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

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 angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie als Versicherungsnehmer folgt.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils 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 Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
3. Die Änderungen nach Absatz 1 gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis bzgl. OptiMed Tarif O1A zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen (vgl. auch § 10 Abs. 5).
4. Sollte diese Bedingungsänderungsklausel ganz oder zum Teil unwirksam sein, tritt an die Stelle der unwirksamen Regelung eine solche, die dem zuvor Gewollten am nächsten kommt, soweit die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an ihre Stelle tritt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.*)

(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)