

**Produktinformationsblatt
Tarif Prem Zahn-U
der AXA Krankenversicherung AG
für Kunde A, geb. 30.05.1989.**

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

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

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif Prem Zahn-U ist eine Krankheitskostenversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Das hohe Leistungsniveau dieser Versicherung beinhaltet die Übernahme der Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Kieferorthopädie.

Bei einer Zahnbehandlung übernehmen wir 100 Prozent der Kosten. Bei Zahnersatz übernehmen wir 90 Prozent der Kosten. Eine kieferorthopädische Behandlung, die vor dem 18. Lebensjahr beginnt, wird zu 100 Prozent erstattet - ansonsten zu 90 Prozent.

In den ersten vier Jahren sind die Leistungen auf bestimmte Beträge begrenzt. Die zu erstattenden Leistungen sind im Tarifblatt und der Sachkostenliste I für Material- und Laborkosten für Zahnersatz aufgeführt.

Sie zahlen keine Prämien während der ersten 6 Monate, in denen Sie Elterngeld beziehen.

Sofern es sich um einen Ausbildungstarif handelt, erkennen Sie das an der Bezeichnung "A" hinter der Tarifbezeichnung: Prem Zahn-UA

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

Monatliche Prämie 76,88 €
Gesetzlicher Zuschlag 7,69 €
Monatliche Gesamtprämie 84,57 €
Jährliche Gesamtprämie 1.014,84 €

Die Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im voraus zu zahlen. Wird die Prämie jährlich im voraus gewählt, so wird ein Nachlass von 3 % gewährt, bei halbjährlicher Zahlungsweise von 2 % und bei vierteljährlicher Zahlungsweise von 1 %.

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

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

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist mit Aufwendungen verbunden und auch während der Vertragslaufzeit fallen Kosten an. Abschluss- und Vertriebskosten sind Aufwendungen, die im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages entstehen. Hierzu zählen insbesondere Aufwendungen für die Entwicklung von Versicherungsprodukten, Aufwendungen für die Akquisitionsorgane des Versicherungsunternehmens und die Beratung durch den Betreuer, Aufwendungen für die Antragsprüfung sowie die Ausstellung der Versicherungspolice. Hierfür sind einmalig 861,06 € Euro für die gesamte Vertragslaufzeit und monatlich 2,24 € Euro einkalkuliert. Weitere Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung des Versicherungsvertrages im Bestand, die Beratung und Betreuung, den Beitragseinzug und die Regulierung von Versicherungsfällen. Für diese Verwaltungsaufwendungen sind Kosten in Höhe von monatlich 4,48 € Euro einkalkuliert. Alle genannten Kosten werden nicht zusätzlich erhoben, sondern sind durch die Prämien gedeckt.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist mit Aufwendungen verbunden und auch während der Vertragslaufzeit fallen Kosten an. Abschluss- und Vertriebskosten sind Aufwendungen, die im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages entstehen. Hierzu zählen insbesondere Aufwendungen für die Entwicklung von Versicherungsprodukten, Aufwendungen für die Akquisitionorgane des Versicherungsunternehmens und die Beratung durch den Betreuer, Aufwendungen für die Antragsprüfung sowie die Ausstellung der Versicherungspolice. Hierfür sind einmalig 861,06 € Euro für die gesamte Vertragslaufzeit und monatlich 2,24 € Euro einkalkuliert. Weitere Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung des Versicherungsvertrages im Bestand, die Beratung und Betreuung und den Beitragseinzug. Für diese Verwaltungsaufwendungen sind Kosten in Höhe von monatlich 4,48 € Euro einkalkuliert. Alle genannten Kosten werden nicht zusätzlich erhoben, sondern sind durch die Prämien gedeckt.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

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

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Werden wir nicht unterrichtet, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG fristlos kündigen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 2 MBKK). Oder Sie verlieren ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG genannten Einschränkungen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 1 MBKK).

Des weiteren ist AXA eine Änderung Ihrer Postanschrift mitzuteilen, da sonst ein eingeschriebener Brief an Sie als zugegangen gilt. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

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

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Des weiteren sollten Sie natürlich auch alle Handlungen unterlassen, die unter Umständen Ihrer Genesung hinderlich sind. Die §§ 9 und 11 MBKK enthalten noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MBKK und § 11 MBKK bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt am 01.08.2019 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen. Wenn Sie in eine gesetzliche Krankenkasse wechseln müssen, können Sie den Vertrag auch beenden. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der MBKK.
Prem Zahn-U: Keine Informationen hinterlegt!

**Produktinformationsblatt
Tarif PVN
der AXA Krankenversicherung AG
für Kunde A, geb. 30.05.1989.**

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

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

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif PVN ist eine private Pflegepflichtversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Leistung dieser Versicherung beinhaltet die Übernahme der Kosten für Pflege bei Pflegebedürftigkeit im gesetzlich vorgeschriebenen Umfang.

Durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung wird im Falle der Pflegebedürftigkeit eine Einstufung vorgenommen. Je nach Pflegebedürftigkeit werden die Kosten für Ihre häusliche oder stationäre Pflege bis zum gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbetrag erstattet.

So sind z. B. in Pflegegrad 5 in einem Pflegeheim max. 2.005 Euro monatlich vorgesehen.

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

Monatliche Prämie 32,49 €
Gesetzlicher Zuschlag
Monatliche Gesamtprämie 32,49 €
Jährliche Gesamtprämie 389,88 €

Die Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im voraus zu zahlen. Wird die Prämie jährlich im voraus gewählt, so wird ein Nachlass von 2 % gewährt und bei halbjährlicher Zahlungsweise von 1 %.

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

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

In der privaten Pflegepflichtversicherung werden brancheneinheitliche Nettobeiträge kalkuliert. Abschlusskosten werden nicht gesondert erhoben. Die Verwaltungskosten werden unternehmensindividuell kalkuliert, woraus sich geringfügige Abweichungen von dem brancheneinheitlichen Kalkulationsansatz ergeben können. Dieser beträgt 0,00 € Euro pro Monat für beitragspflichtige Personen. Die Verwaltungskosten fallen während der gesamten Vertragsdauer an. Sie werden zusammen mit den übrigen in den Beitrag einkalkulierten Kosten des Vertrages erhoben und müssen nicht gesondert entrichtet werden.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Allerdings besteht unter bestimmten Voraussetzungen keine Leistungspflicht des Versicherers. Das ist beispielsweise der Fall, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen bezahlt werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie in § 5 der MB/PPV nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

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

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns unverzüglich schriftlich, wenn eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt. Gleiches gilt, wenn ein beitragsfrei mitversichertes Kind eine Erwerbstätigkeit aufnimmt. Werden wir nicht unterrichtet, verlieren Sie ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2 – 4 VVG (siehe Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz) genannten Einschränkungen (s.a. § 9 Abs. 4 und 5 i.V.m. § 10 Abs. 1 MB/PPV 2008).

Des weiteren ist AXA eine Änderung Ihrer Postanschrift mitzuteilen, da sonst ein eingeschriebener Brief an Sie als zugegangen gilt. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

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

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Die §§ 9 und 11 MB/PPV enthalten noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MB/PPV bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt am 01.08.2019 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie haben die Möglichkeit die Pflegepflichtversicherung zu kündigen, wenn die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung endet. Einzelheiten zu weiteren Kündigungsrechten sowie zu den einzuhaltenden Fristen und den zu erbringenden Nachweisen entnehmen Sie bitte § 13 MB/PPV. PVN: Keine Informationen hinterlegt!

Produktinformationsblatt
Tarif ActiveMe-U
der AXA Krankenversicherung AG
für Kunde A, geb. 30.05.1989.

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

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

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif ActiveMe-U ist eine Krankheitskostenversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

100% für ambulante Behandlung durch Ärzte bei Erstbehandlung durch Gesundheitslotse, ansonsten 80%.
100% für ärztlich verordnete Arzneimittel wenn es sich um ein Generika handelt, ansonsten 80%.
80% für ambulante Behandlung durch Heilpraktiker, max. 1.000 Euro pro Versicherungsjahr.
80% für ambulante Psychotherapie.
100% für Sehhilfen, max. 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.
100% für allgemeine Krankenhausleistungen bei Heilbehandlung, Psychotherapie und Entbindung.
100% für privatärztliche Heilbehandlung, Psychotherapie und Entbindung.
100% für die Unterbringung im Zweibettzimmer.

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

Monatliche Prämie 332,61 €
Gesetzlicher Zuschlag 33,26 €
Monatliche Gesamtprämie 365,87 €
Jährliche Gesamtprämie 4.390,44 €

Die Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei halbjährlicher oder jährlicher Vorauszahlung des Beitrags gewährt der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto).

Sind Sie mit 2 Monatsbeiträgen im Rückstand, müssen wir Sie mahnen. Ist der Rückstand 2 Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als eine Monatsprämie, stellen wir das Ruhen der Leistungen fest. Während der Ruhenszeit haften wir ausschliesslich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Werden die Beiträge und sonstigen Kosten des Verzuges innerhalb eines Jahres nicht beglichen, setzen wir die Versicherung im Basistarif fort, dies weiterhin mit der oben beschriebenen Leistungsbeschränkung. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37 und 38) entnehmen.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist mit Aufwendungen verbunden und auch während der Vertragslaufzeit fallen Kosten an. Abschluss- und Vertriebskosten sind Aufwendungen, die im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages entstehen. Hierzu zählen insbesondere Aufwendungen für die Entwicklung von Versicherungsprodukten, Aufwendungen für die Akquisitionsorgane des Versicherungsunternehmens und die Beratung durch den Betreuer, Aufwendungen für die Antragsprüfung sowie die Ausstellung der Versicherungspolice. Hierfür sind einmalig 3.725,23 € Euro für die gesamte Vertragslaufzeit und monatlich 21,19 € Euro einkalkuliert. Weitere Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung des Versicherungsvertrages im Bestand, die Beratung und Betreuung und den Beitragseinzug. Für diese Verwaltungsaufwendungen sind Kosten in Höhe von monatlich 9,63 € Euro einkalkuliert. Alle genannten Kosten werden nicht zusätzlich erhoben, sondern sind durch die Prämien gedeckt.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

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

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Werden wir nicht unterrichtet, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG fristlos kündigen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 2 MBKK). Oder Sie verlieren ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG genannten Einschränkungen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 1 MBKK).

Des weiteren ist AXA eine Änderung Ihrer Postanschrift mitzuteilen., da sonst ein eingeschriebener Brief an Sie als zugegangen gilt. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

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

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Des weiteren sollten Sie natürlich auch alle Handlungen unterlassen, die unter Umständen Ihrer Genesung hinderlich sind. Die §§ 9 und 11 MBKK enthalten noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MBKK und § 11 MBKK bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt am 01.08.2019 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen. Wenn Sie in eine gesetzliche Krankenkasse wechseln müssen, können Sie den Vertrag auch beenden. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der MBKK.
ActiveMe-U: Keine Informationen hinterlegt!

Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

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

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

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

2. Weitere Ansprechpartner

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

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Bitte beachten Sie die Fristen nach Ziffer 4.

c) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Ablauf von im Tarif bezeichneten Wartezeiten.

4. Gültigkeit des 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 im Fall von Ziffer 3 a) bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins und im Fall von Ziffer 3 b) bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Abgabe Ihrer Annahmeerklärung ohne Angaben von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nur, wenn Sie den Versicherungsschein und alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Eine Erklärung in Textform (z.B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Der Widerruf ist zu richten an AXA Krankenversicherung AG, Colonia Allee 10-20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

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

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

7. Garantiefonds

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

Medicator AG

Bayenthalgürtel 26

50968 Köln

Telefon: 0221 37662 0, Telefax: 0221 37662 10

8. Gesamtpreis der Versicherung

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

9. Zahlung und Erfüllung

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

10. Kosten und Gebühren

Sie können sich mit unserem Kundenservice-Zentrum unter der Rufnummer 0 180 3 – 55 66 22 in Verbindung setzen. Hierbei fallen Gebühren an in Höhe von 9 Cent aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute.

11. Beendigung des Vertrages

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

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

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

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

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

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

13. Vertragssprache

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

14. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns bitte schriftlich oder rufen Sie uns an unter der Rufnummer 0 180 3 – 55 66 22.

a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin
Telefon: 01802/55 04 44 (0,06 Euro pro Anruf aus dem deutschen Festnetz)
Telefax: 030/20 45 89 31
<http://www.pkv-ombudsmann.de>

b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de
Die Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten bleibt hiervon unberührt.

15. Kosten

Die in die Prämien einkalkulierten Kosten entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

16. Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die Beitragsentwicklung

In der privaten Krankenversicherung (PKV) ist der Leistungsumfang vertraglich garantiert – Leistungskürzungen sind von daher ausgeschlossen. Somit bleibt für die PKV nur die Anpassung der Beiträge entsprechend den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, um die steigenden Ausgaben für medizinische Leistungen und medizinischen Fortschritt zu finanzieren. Dabei werden die erworbenen Rechte des Versicherten selbstverständlich berücksichtigt.

Nachfolgend nennen wir Ihnen die Beiträge je _oPAVal.oPerson in Euro in den von Ihnen gewünschten Vollversicherungstarifen für einen 35 jährigen Musterkunden in den vergangenen 10 Jahren:

Tarif(e) Prem Zahn-U, Mann: -- ; -- ; -- ; -- ; 81,80; 81,80; 81,80; 81,80; 81,80; 81,80

Einige der oben genannten Tarife bestehen noch keine 10 Jahre, was die Aussagekraft dieser Übersicht begrenzt. Daher stellen wir zusätzlich den Beitragsverlauf einer vergleichbaren Tarifkombination dar:

Vergleichsverlauf zu Tarif(e) Prem Zahn-U
57,93; 57,93; 57,93; 57,93; 57,93; 57,93; 68,64; 68,64; 68,64; 68,64
Vergleichsverlauf zu Tarif(e) ActiveMe-U
231,18; 231,18; 124,37; 124,37; 142,47; 172,84; 181,86; 181,86; 218,76; 239,21

17. Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter

Um zu einer maßvollen Entwicklung der Beiträge – insbesondere auch für unsere älteren Versicherten zu kommen - ergreifen wir verschiedene Maßnahmen:

- durch eine - ohne zusätzliche Beitragszahlung – gebildete zusätzliche Deckungsrückstellung ausschließlich für die Beitragsermäßigung im Alter,
- durch Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, insbesondere als Einmalbeitrag für Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- durch ein bedarfsgerechtes Tarifangebot, sodass durch Wechsel in Tarife mit höherem Selbstbehalt oder bei Verzicht auf nicht mehr benötigte Leistungsteile erhebliche Beitragseinsparungen zu erzielen sind,
- durch das Angebot eines Standardtarifes (ab 01.01.2009 den Basistarif) mit einem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Leistungsniveau und mit Höchstbeitragsgarantie.

Mit diesen Maßnahmen ist gewährleistet, dass auch im Alter keine _oPAVal.oPerson einen höheren Beitrag als den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen muss.

18. Wechsel in die GKV

Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

19. Wechsel des Versicherers

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich aber insbesondere im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer grundsätzlich keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Eine Annahmeverpflichtung des Versicherers besteht lediglich im Standardtarif bzw. ab 01.01.2009 im Basistarif.