



American Express Gold Care Allgemeine Bedingungen für die Spitaltagegeldversicherung

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

- 1 Versicherungsfähige Personen
- 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- 3 Beginn des Versicherungsschutzes
- 4 Umfang der Leistungspflicht
- 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten der versicherten Person

- 8 Beitragszahlung
- 9 Beitragsberechnung
- 10 Obliegenheiten
- 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- 12 Ansprüche gegen Dritte

Ende der Versicherung

- 13 Kündigung durch die versicherte Person
- 14 Kündigung durch den Versicherer
- 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- 17 Gerichtsstand
- 18 Änderungen der Versicherungsbedingungen
- 19 Beitrags-/Leistungstabelle

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

24 Stunden Assistance

Versicherungsschutz

1 Versicherungsfähige Personen

Versicherungsfähig sind alle Personen ab 51 Jahren.

Das Eintrittsalter bei Abschluß der Versicherung darf jedoch das 75. Lebensjahr nicht übersteigen.

2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle. Er gewährt im Versicherungsfall, bei stationärer Behandlung, ein Spitaltagegeld. Zusätzlich erhält die versicherte Person bei einem stationären Aufenthalt von mindestens 21 Tagen eine einmalige Genesungsgeldzahlung. Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht, wenn die versicherte Person nach Rückkehr aus dem Spital noch für mindestens weitere 14 Tage, zwei der fünf nachstehend genannten Verrichtungen des täglichen Lebens nicht ohne fremde Hilfe (gemäß ärztlichem Attest) bewältigen kann. Diese sind:
 - Essen;
 - Ankleiden;
 - Spaziergehen;
 - Verrichten der Notdurft;
 - Zu Bett gehen.
- (2) Sofern die Voraussetzungen von 2 (1) erfüllt sind, wird das Genesungsgeld unabhängig davon erbracht, ob die versicherte Person in häusliche Pflege, ein Rehabilitationszentrum, Sanatorium oder in ein Kurheim oder eine ähnliche Einrichtung entlassen wird.
- (3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der stationären Aufnahme in ein Spital; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine stationäre Heilbehandlung mehr nötig ist, maximal jedoch nach 12 Monaten stationärem Spitalaufenthalt. Muß die stationäre Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- (4) Bei stationärer Heilbehandlung infolge einer Krankheit wird das Spitaltagegeld erst ab dem 4. Tag des Aufenthaltes gezahlt.
- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungszertifikat, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf stationären Spitalaufenthalt weltweit (vgl. aber 15 Abs. 2).

3 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungszertifikat bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

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.
- (2) Bei einem durch Krankheiten bedingten, stationären Spitalaufenthalt beginnt der Versicherungsschutz sechs Monate nach dem im Versicherungszertifikat bezeichneten Zeitpunkt (Wartezeit). Die Wartezeit entfällt, wenn die versicherte Person eine bei ACE Europe bestehende Spitaltagegeldversicherung aufgrund Krankheit in einen Gold Care Plan umwandelt, sowie bei Unfällen.

4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus der Beitrags-/Leistungstabelle gemäß 19.
- (2) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Spitälern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen. Als Spitäler in diesem Sinne gelten auch Militärspitäler.
- (3) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 2 erfüllen, werden die Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten, einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die bei Antragstellung bereits vorlagen oder die durch Kriegsereignisse, Innere Unruhen und Terroranschläge verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Unfälle und Krankheiten, einschließlich deren Folgen, welche auf Bewußtseinsstörungen infolge von erhöhtem Alkoholkonsum oder von Drogen zurückzuführen sind;
 - d) für Unfälle und Krankheiten, einschließlich deren Folgen, welche bei der Ausübung von Straftaten entstehen;
 - e) für Infektionen mit dem HIV-Virus (AIDS-Virus);
 - f) für Behandlung in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung der versicherten Person über den Leistungsausschluß eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
 - h) für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden;
 - i) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - j) für Routineuntersuchungen in Spitälern.
- (2) Übersteigt die Dauer des stationären Spitalaufenthaltes das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

6 **Auszahlung der Versicherungsleistungen**

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die folgenden von ihm geforderten Nachweise erbracht sind: Bescheinigung der Krankenanstalt über die stationäre Heilbehandlung mit Name der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungen. Diese Nachweise werden Eigentum des Versicherers.

- (2) Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten.
- (4) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

7 **Ende des Versicherungsschutzes**

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

Pflichten der versicherten Person

8 **Beitragszahlung**

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zu entrichten. Wird der Monatsbeitrag neu festgesetzt, so ist der neue Monatsbeitrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode zu entrichten.
- (2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungszertifikats zu zahlen.
- (3) Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird die versicherte Person schriftlich gemahnt, so ist sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.
- (4) Die Beiträge sind bis zum Ablauf der Versicherungsperiode zu zahlen, in der das Versicherungsverhältnis endet.
- (5) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

9 **Beitragsberechnung**

- (1) Die Beiträge ergeben sich aus der Beitrags- / Leistungstabelle gemäß 19. Sie richten sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person. Das Alter errechnet sich aus den vollendeten Lebensjahren.
- (2) Erreicht eine versicherte Person eine höhere tarifliche Lebensaltersgruppe, so ist von Beginn der nächsten

Versicherungsperiode an, der ihrem Alter entsprechende höhere Beitrag zu zahlen.

- (3) Bei einem stationären Spitalaufenthalt von mehr als 31 Tagen läuft die Versicherung bis Ende des Spitalaufenthaltes, insgesamt jedoch nicht länger als elf Monate, beitragsfrei weiter.

10 Obliegenheiten

- (1) Jeder stationäre Spitalaufenthalt ist dem Versicherer binnen zehn Tagen ab Beginn anzuzeigen
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Eine weitere Spitaltagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit der in 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in 10 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in 10 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des 6 Abs. 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

12 Ansprüche gegen Dritte

Hat die versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß 67 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt die versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Ende der Versicherung

13 Kündigung durch die versicherte Person

- (1) Die versicherte Person kann das Versicherungsverhältnis zum Ende einer jeden Versicherungsperiode mit einer Frist von einem Monat kündigen.

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

- (3) Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen gemäß 19 Beitrags-/Leistungstabelle, so kann die versicherte Person das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

- (4) Die versicherte Person 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 Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt in dem diese wirksam wird.

14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Das Versicherungsverhältnis kann vom Versicherer zum Ende einer jeden Versicherungsperiode mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Bei Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis.
- (2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug der versicherten Person aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

Sonstige Bestimmungen

16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Vermittler nicht bevollmächtigt.

17 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Versicherungsvermittler seit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in

Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hat.

- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen die versicherte Person ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig, wenn die versicherte Person keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland hat, wenn sie nach Vertragsschluß Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Österreich verlegt oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

18 Änderungen der Versicherungsbedingungen

- (1) Die Versicherungsbedingungen (2 Abs. 5) können mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil der Versicherungsperiode, geändert werden, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten der versicherten Person, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen.
- (2) Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der versicherten Person folgt, sofern nicht ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

19 Beitrags-/Leistungstabelle

Leistungen	Altersgruppe	Monatsprämie
€ 30,00 je Spitaltag	51-60	€ 11,50
	61-65	€ 13,70
€ 400,00 Genesungsgeld	66-70	€ 22,10
	71-80	€ 34,80
24 Stunden Assistance	81 und älter	€ 68,00

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

6 Obliegenheitsverletzungen

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.

Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

- (2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

67 Gesetzlicher Forderungsübergang

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- (2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen, der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

24 Stunden Assistance

I. Leistungsumfang

1. Die nachstehend genannten Serviceleistungen werden auf Wunsch der versicherten Person, von dem Vertragspartner der ACE European Group Limited, der AXA ASSISTANCE GmbH, München, 24 Stunden rund um die Uhr erbracht und beziehen sich ausschließlich auf Beratung und Vermittlung.
2. AXA ASSISTANCE wird der versicherten Person, die für die auszuführenden Aufträge infrage kommenden Fachkräfte nach bestem Wissen und Gewissen vorschlagen, die Auftragserteilung obliegt der versicherten Person, gleichwohl kann die versicherte Person Gewährleistungsansprüche nur an die ausführende Fachkraft und nicht an AXA ASSISTANCE oder ACE Europe richten. Die Leistung von AXA ASSISTANCE beschränkt sich auf die reine Vermittlung und nicht auf die Ausführung der Dienstleistungen und die Kosten.
3. AXA ASSISTANCE übernimmt insbesondere keine Garantie für die rechtzeitige, vollständige und richtige Erbringung der Leistung der - durch die von der versicherten Person - beauftragten Fachkraft. Sollte AXA ASSISTANCE der versicherten Person eine Zusicherung der ausführenden Fachkraft, gleich welcher Art, übermitteln, so gilt die Zusicherung der ausführenden Fachkraft gegenüber der versicherten Person und nicht von AXA ASSISTANCE gegenüber der versicherten Person als abgegeben.
4. Bevor AXA ASSISTANCE eine der genannten Serviceleistungen erbringt, wird sie der versicherten Person einen Kostenvoranschlag von der den Auftrag auszuführenden Fachkraft zukommen lassen.
5. Sind sich die versicherte Person und die ausführende Fachkraft über Art und Güte der vereinbarten Leistung nicht einig, so können etwaige Ansprüche nur zwischen diesen beiden Parteien geltend gemacht werden.

II. Serviceleistungen

(1) Während des Spitalaufenthaltes:

Im Falle eines Spitalaufenthaltes der versicherten Person:

Organisation der Unterbringung in einer Tierpension

Organisation des Tiertransportes zu und von der Tierpension

- Die Kosten der Unterbringung in der Tierpension, die Transportkosten und alle weiteren damit verbundenen Kosten hat die versicherte Person zu tragen.

Vermittlung eines Sicherheitsunternehmens, welches während des Spitalaufenthaltes der versicherten Person das Anwesen der versicherten Person überwacht;

Vermittlung eines Gärtners zur Pflege des Gartens;

Vermittlung einer Putzfirma, zur Reinigung des Hauses

- Die Bezahlung der Fachkräfte, sowie alle damit zusammenhängenden weiteren Kosten sind von der versicherten Person zu tragen.

Vermittlung eines Dauerparkplatzes für das Fahrzeug

Die Kosten für den Parkplatz und alle anderen damit verbundenen Kosten sind von der versicherten Person zu tragen.

- Die bei dem privaten Telefonanschluß der versicherten Person eingehenden Telefonate werden durch Anrufweiterschaltung zum AXA ASSISTANCE-Büro umgeleitet. Die versicherte Person wird täglich über die eingegangenen Anrufe informiert.
- AXA ASSISTANCE übernimmt keine Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der erhaltenen Informationen. Alle damit verbundenen Kosten werden von der versicherten Person getragen.

Anmietung eines Faxgerätes, Mobiltelefones, Computers, Fernsehers und/oder Videorecorders, welche der versicherten Person an das Krankenbett gebracht werden.

- Die Kosten für die Anmietung der Geräte und deren Anlieferung werden von der versicherten Person getragen.

Zustellung von Zeitungen und Zeitschriften ins Spital

- Die Kosten für Zeitungen und Zeitschriften, sowie die Kosten der Zustellung werden von der versicherten Person getragen.

Reinigung der Wäsche während des Spitalaufenthaltes

- Die Kosten der Reinigung sowie alle damit verbundenen Kosten werden von der versicherten Person getragen.

Zustellung der persönlichen Post an eine Adresse nach Wahl

- Alle mit der Zustellung der Post verbundenen Kosten sind von der versicherten Person zu tragen.

Überbringung von Nachrichten

- AXA ASSISTANCE übernimmt keine Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der erhaltenen Informationen. Alle mit der Überbringung der Nachrichten verbundenen Kosten sind von der versicherten Person zu tragen.

Bei Spitalaufenthalt im Ausland, Hilfe bei sprachlichen Problemen mit der Spitalverwaltung

- Folgende Sprachen werden angeboten: englisch, französisch, niederländisch, spanisch, portugiesisch, italienisch, deutsch und schwedisch.

Organisation des Transports und/oder Unterbringung eines Besuchers der versicherten Person

- Alle Transport- und Unterbringungskosten sind von der versicherten Person zu tragen. Eventuell anfallende Stornogebühren gehen gleichfalls zu Lasten der versicherten Person.

Einkäufe und Auslieferung bestimmter Artikel, welche die versicherte Person ans Krankenbett wünscht

- Die anfallenden Kosten für den Einkauf sowie für die Auslieferung werden von der versicherten Person getragen. Eventuell anfallende Stornogebühren gehen gleichfalls zu Lasten der versicherten Person.

Bezahlung wichtiger Rechnungen im Auftrag der versicherten Person

- Dieser Service wird als Vorschuß von Geldern verstanden. Den bevorschussten Betrag hat die versicherte Person zurückzuerstatten.

(2) Vor der Entlassung aus dem Spital/zu Hause:

Informationen über:

- Thalassotherapie Zentren
- Hydrotherapie Zentren / Kurorte
- Genesungsheime

Organisation des Heimtransportes per Ambulanzfahrzeug, Flugzeug, mit medizinischer Begleitung, falls die versicherte Person dies wünscht.

- Alle Kosten, die im Zusammenhang mit diesem Service stehen, sind von der versicherten Person zu tragen. Eventuell anfallende Stornogebühren sind gleichfalls von der versicherten Person zu tragen.

Besorgung/Vermittlung medizinischer Geräte jeder Art (z.B. Rollstuhl, spezieller Treppenaufzug, etc.)

- Die Kosten für die medizinischen Geräte, deren Transport sowie alle damit verbundenen Kosten sind von der versicherten Person zu tragen.

Organisation des Krankentransportes vom Spital zum Arzt und zurück zum Zwecke regelmäßiger Untersuchungen

- Die Kosten für den Transport sind von der versicherten Person zu tragen. Eventuell anfallende Stornogebühren sind gleichfalls von der versicherten Person zu tragen.

Vermittlung einer anerkannten Krankenschwester zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung

- Die Kosten für Vergütung und andere Auslagen der Krankenpflege sind von der versicherten Person zu tragen.

Vermittlung einer Haushaltshilfe, die zu der versicherten Person ins Haus kommt

- Die Kosten für Vergütung und andere Auslagen der Haushaltshilfe werden von der versicherten Person getragen

Vermittlung eines Berufskraftfahrers, um den Wagen der versicherten Person zu fahren solange diese hierzu selbst nicht in der Lage ist

- Die Kosten für Vergütung und andere Auslagen der beauftragten Personen sind von der versicherten Person zu tragen.

III.

Ausschlüsse

AXA ASSISTANCE ist nicht verantwortlich für jegliche Verspätung oder Behinderung bei der Ausführung der Leistungen, die im Zusammenhang mit folgenden Ereignissen stehen:

- Im Falle von schweren Störungen der sozialen Ordnung oder einer ernsthaften Friedensgefahr;
- Im Falle des Ausbruchs einer Naturkatastrophe wie eines Erdbebens, Vulkanausbruches oder Überschwemmung;
- Im Falle einer regionalen Verseuchung durch nukleare Substanzen;
- Beim Eintreten von Streik, Aufständen, Vergeltungsmaßnahmen, Sabotageakten oder Terrorismus;
- Beim Eintreten anderer zufälliger Ereignisse oder Gewaltakte.