



Pflegetagegeld.

Älter werden. Unabhängig bleiben. Wir schützen Sie und Ihre Familie vor den finanziellen Folgen im Pflegefall.



Rating-Agenturen empfehlen die Württembergische Krankenversicherung AG.



Initiative für Gesundheit & Pflege.
Jetzt aktiv werden und absichern!



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Jung, beweglich, gesund: doch leider nicht für immer.

Rechtzeitig über Pflegebedürftigkeit nachdenken.

Unsere Lebenserwartung steigt, unsere Lebensqualität heute ist hoch: wird es auch morgen so sein?

Dank des medizinischen Fortschritts, körperlich leichterer Arbeit und guter Ernährung werden wir immer älter.

Unsere Hoffnung, diesen Lebensabschnitt bei bester körperlicher und geistiger Gesundheit zu erleben, wird aber leider nicht immer erfüllt. Über 2,6 Millionen Menschen sind derzeit in Deutschland auf Pflege angewiesen und deren Zahl steigt kontinuierlich.

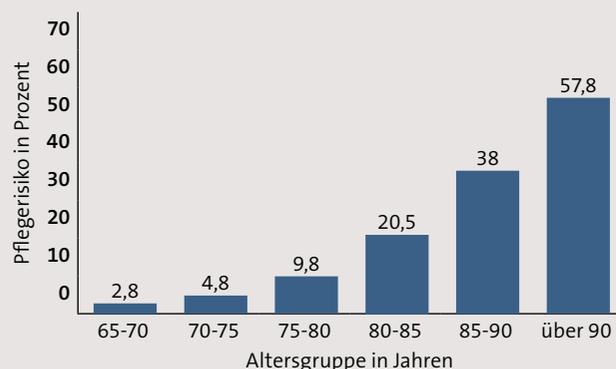
Eine Pflegezusatzversicherung ist Vermögens- und Einkommensschutz für Sie und Ihre Familie.

Gute, professionelle Pflege ist naturgemäß aufwändig und daher sehr teuer. Das gilt im Heim genauso wie zu Hause. Auch wenn mit dem Pflegestärkungsgesetz 1 ab 2015 die gesetzlichen Leistungen erhöht wurden, reicht das Geld der gesetzlichen Pflegeversicherung dafür bei Weitem nicht. Es droht Monat für Monat eine große Versorgungslücke, die Sie mit Ihrer Rente und mit Ihren Ersparnissen schließen müssen. Können Sie die Kosten im Pflegefall nicht durch Ihr sonstiges Vermögen decken oder ist dieses aufgebraucht, dann ist auch Ihr Wohneigentum in Gefahr.

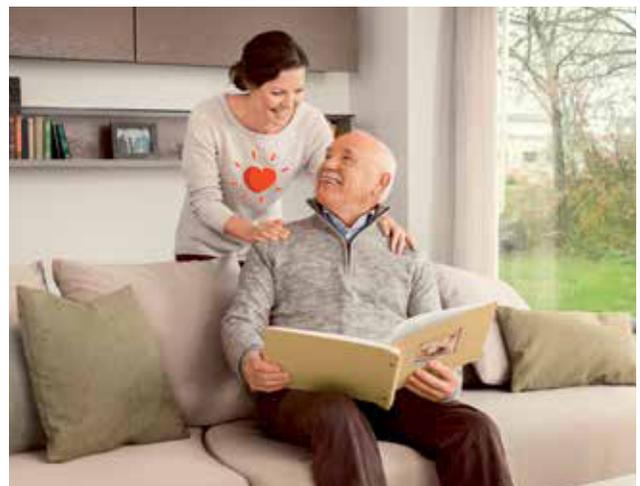
Kinder haften für ihre Eltern.

Wenn im Alter Ihr Vermögen aufgezehrt ist, kann das Sozialamt sogar Ihren Ehepartner oder Ihre unterhaltspflichtigen Kinder zur Zahlung der Pflegekosten heranziehen.

Mit der steigenden Lebenserwartung erhöht sich auch das Pflegerisiko.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011, Deutschlandergebnisse.



Vermögensrisiko durch Pflege.

Pflegekosten ²⁾ p.a.	40.800 €	×	Dauer der Pflege 5 Jahre	=	Vermögensrisiko durch Pflege 107.280 €
– Gesetzliche Leistungen ³⁾ (1.612 € x 12 Monate)	19.344 €				
= Lücke p.a.	21.456 €				

2) Kostensatz Pflegeheim 3.400 € x 12 Monate

3) Pflegestufe III seit 2015.

Richtig und gut versorgt bis ins hohe Alter.

Mit dem Pflegetagegeld Ihrer Württembergischen.

Schon für einen geringen Beitrag können Sie unbeschwert in die Zukunft blicken – von jetzt an ein Leben lang.

Sie und Ihre Angehörigen sind mit unserer Versicherung vor den finanziellen Folgen im Pflegefall geschützt. Mit dem Pflegetagegeld sind Sie vom ersten Tag an abgesichert, für die gesamte Dauer der Pflegebedürftigkeit. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie zu Hause von Angehörigen oder im Heim von Pflegekräften betreut werden: Sie können ohne Kostennachweis völlig frei über Ihr Pflegetagegeld verfügen. So sind Sie im Pflegefall bis ins hohe Alter optimal versorgt.

Die Pluspunkte des Pflegetagegelds PremiumPlus (PTPU).

Wenn Sie bei Ihrer Pflegevorsorge optimal abgesichert sein wollen, empfehlen wir Ihnen das Pflegetagegeld PremiumPlus. Es lässt keine Wünsche offen, unterstützt Sie bereits ab Pflegestufe 0 (Demenz) und leistet das volle, vereinbarte Tagesgeld bei stationärer Pflege (ab Pflegestufe I). Sollten Sie pflegebedürftig werden, müssen Sie ab diesem Zeitpunkt keine Beiträge mehr bezahlen.

- Leistung ab Pflegestufe 0 (Demenz).
- 100 % Leistung bei stationärer Pflege ab Pflegestufe I.
- Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I.
- Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit.
- Dynamik: Die Höhe des Pflegetagegelds kann an die sich ändernden Kosten angepasst werden. Der Tarif sieht eine jährliche Leistungsdynamik in Höhe von 4 % vor.
- Weltweiter Versicherungsschutz.
- Nachversicherungsgarantie bis zum Alter 65: Bei Tod oder Pflegebedürftigkeit des Ehepartners kann das Pflegetagegeld einmalig um bis zu 20 % ohne Gesundheitsprüfung erhöht werden.
- Option Gesetzesänderung: Legt der Gesetzgeber die Einteilung der Pflegestufen neu fest, garantieren wir bereits heute eine Wechselmöglichkeit in deswegen eingeführte, adäquate Pflegezusatztarife ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Weitere Serviceleistungen:

- **Pflegeplatzvermittlung:** In Zusammenarbeit mit unserem Kooperationspartner sind wir Ihnen bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz behilflich.
- **Wohnraumberatung:** Wenn Sie zu Hause gepflegt werden, nennen wir Ihnen spezialisierte Wohnraumberater, die wissen, welche räumlichen Anpassungen sinnvoll sind. Eine Haftung unsererseits besteht für diese Leistung nicht.

Unsere Alternativen – PTU1, PTU2 und PTU3.

Wollen Sie mit einem kostengünstigen, aber dennoch leistungsstarken Pflegetagegeld der Württembergischen Ihre Pflegevorsorge verbessern, liegen Sie mit den Tarifen PTU1, PTU2 und PTU3 genau richtig. Bei allen drei Tarifen profitieren Sie von folgenden Leistungen:

- Einmalzahlung bei Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls.
- Beitragsfreistellung bei Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls.
- Dynamik: Mindestens alle 5 Jahre erhalten Sie ein Angebot, den Schutz an die Entwicklung der Pflegekosten anzupassen.
- Option Gesetzesänderung.
- Optionsrecht: Bis zum Alter von 50 Jahren können Sie zu bestimmten Terminen ohne erneute Gesundheitsprüfung vom Tarif PTU2 in den Tarif PTU1 und vom Tarif PTU3 in einen der Tarife PTU1 oder PTU2 wechseln.

„Ausgezeichnete“ Absicherung nach Maß.

Leistungen...	PremiumPlus Tarif PTPU	Premiumschutz Tarif PTU1	Kompaktschutz Tarif PTU2	Grundschutz Tarif PTU3
bei Demenz (Pflegestufe 0)	30 % des vereinbarten Tagegelds	keine Leistung		
bei Pflegestufe I	stationär 100 % des vereinbarten Tagegelds	40 % des vereinbarten Tagegelds	40% des vereinbarten Tagegelds bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit	
	ambulant 40 % des vereinbarten Tagegelds			
bei Pflegestufe II	stationär 100 % des vereinbarten Tagegelds	70 % des vereinbarten Tagegelds		70 % des vereinbarten Tagegelds bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit
	ambulant 70 % des vereinbarten Tagegelds			
bei Pflegestufe III stationär + ambulant	100 % des vereinbarten Tagegelds	100 % des vereinbarten Tagegelds		
Beitragsbefreiung	bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe 0	bei Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls (ab Pflegestufe I)		
Einmalzahlung	30-facher Tagessatz bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I	60-facher Tagessatz bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I infolge eines Unfalls		
Dynamik	jährliche Leistungsdynamik in Höhe von 4 %	mindestens alle 5 Jahre wird angeboten, den Schutz an die Entwicklung der Pflegekosten anzupassen		
Erhöhungsoption	stirbt der Ehegatte oder Lebenspartner oder wird dieser pflegebedürftig, kann das Tagegeld um 20 % erhöht werden (bis zum 65. Lebensjahr)	keine Erhöhungsoption		

Ausgezeichneter Schutz.

Finanztest hat 2015 in seiner Mai-Ausgabe 31 Pflegetagegeldtarife getestet und die Württembergische mit dem Tarif PTPU zum Testsieger gekürt. Auch in der Zeitschrift Ökotest belegte der Tarif PremiumPlus im April 2015 den ersten Rang.

Mit dem ausgezeichneten Pflegetagegeld der Württembergischen können Sie beruhigt in die Zukunft blicken!



Die Beiträge auf einen Blick.

Schon für einen günstigen Beitrag können Sie lebenslang unbeschwert in die Zukunft blicken.

Monatlicher Beitrag für Männer & Frauen für je 5 € Pflegetagegeld (Stand: 2016).*									
Alter	PremiumPlus (PTPU)	Premium-Schutz (PTU1)	Kompakt-schutz (PTU2)	Grund-schutz (PTU3)	Alter	PremiumPlus (PTPU)	Premium-schutz (PTU1)	Kompakt-schutz (PTU2)	Grund-schutz (PTU3)
0 – 20	0,60	0,54	0,47	0,36	43	4,50	4,10	3,38	2,01
21	1,50	1,44	1,24	0,84	44	4,70	4,31	3,56	2,11
22	1,55	1,49	1,28	0,85	45	5,00	4,53	3,73	2,20
23	1,60	1,55	1,33	0,87	46	5,25	4,75	3,92	2,32
24	1,70	1,61	1,37	0,88	47	5,55	4,99	4,11	2,43
25	1,80	1,69	1,43	0,90	48	5,85	5,23	4,31	2,55
26	1,85	1,76	1,48	0,93	49	6,15	5,49	4,53	2,67
27	1,95	1,85	1,55	0,96	50	6,45	5,77	4,33	1,90
28	2,05	1,94	1,63	1,00	51	6,80	6,06	4,54	1,99
29	2,15	2,04	1,71	1,05	52	7,20	6,37	4,77	2,08
30	2,30	2,14	1,79	1,09	53	7,60	6,70	5,02	2,19
31	2,40	2,25	1,87	1,14	54	8,00	7,05	5,27	2,29
32	2,55	2,38	1,97	1,20	55	8,50	7,41	5,54	2,42
33	2,65	2,50	2,08	1,24	56	9,00	7,80	5,84	2,54
34	2,80	2,63	2,18	1,30	57	9,50	8,21	6,14	2,67
35	2,95	2,76	2,29	1,38	58	10,05	8,65	6,47	2,80
36	3,10	2,90	2,41	1,44	59	10,65	9,13	6,82	2,95
37	3,30	3,06	2,53	1,51	60	11,30	9,63	7,20	3,11
38	3,45	3,21	2,66	1,59	61	12,05	10,16	7,60	3,28
39	3,65	3,37	2,79	1,66	62	12,85	10,74	8,02	3,46
40	3,85	3,54	2,92	1,74	63	13,65	11,36	8,49	3,66
41	4,05	3,73	3,07	1,83	64	14,55	12,03	8,99	3,86
42	4,25	3,91	3,22	1,92	65	15,60	12,74	9,51	4,08

*) Die Beiträge für den Tarif PTE finden Sie im Tariffbuch (Druckstück 40336).

Wichtige Hinweise:

- Das Pflegetagegeld kann mit beigefügtem Antrag in Höhe von mindestens 10 Euro und höchstens 75 Euro vereinbart werden.
- Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.
- Keine Wartezeiten.

Früher Einstieg lohnt sich.

Wer sich schon in jungen Jahren für Pflegevorsorge entscheidet, zahlt deutlich weniger Beitrag.

Eine private Zusatzabsicherung mit einer Leistung von 1.800 € pro Monat bei Pflegestufe III kostet Sie...	... wenn Sie als 30-Jähriger mit der Vorsorge beginnen	... wenn Sie bis zum 50. Geburtstag warten
monatlich ¹⁾	27,60 €	77,40 €
bis zur Vollendung Ihres 85. Lebensjahres	18.216 €	32.508 €
Dies entspricht gerade einmal den Kosten eines Aufenthalts im Pflegeheim über...	... ca. 5 Monate	... 10 Monate

1) PremiumPlus Tarif PTPU, Stand 1.1.2016



Je eher Sie einsteigen, desto besser.

Wer beispielsweise schon mit 30 Jahren Pflegevorsorge trifft, zahlt bis zum Ende seines 85. Lebensjahres insgesamt kaum mehr an Beiträgen als ihn ein Aufenthalt von 5 Monaten im Pflegeheim kosten würde.

Pflegezeitgeld.

Grundlagen Ihrer Pflegezeitgeldversicherung
und weitere Informationen.

Württembergische
Krankenversicherung AG
70163 Stuttgart

Stand: Januar 2016



württembergische

Der Fels in der Brandung.

Inhaltsverzeichnis

In dieser Broschüre finden Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen für Ihren individuellen Vertrag:

	Seite
Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick	3
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	5
Merksblatt zur Datenverarbeitung	6
Private Pflegezusatzversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung nach Tarif PTPU	7
Tarif PTPU Pflegetagegeldtarif PremiumPlus.....	12
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung nach den Tarifen PTU1, PTU2, PTU3, PTE	13
Tarif PTU1 Pflegetagegeldtarif Premium-Schutz	18
Tarif PTU2 Pflegetagegeldtarif Kompakt-Schutz	19
Tarif PTU3 Pflegetagegeldtarif Grund-Schutz	20
Tarif PTE Ergänzungsversicherung zum Tarif PT1	21
Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung.....	22
Besondere Vereinbarung für das Erweiterte Ruhen der Krankenversicherung.....	22
Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung.....	23

Verbraucherinformationen auf einen Blick

Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstr. 30, 70176 Stuttgart,
Registriergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

2. Identität unseres für Sie zuständigen Vertreters in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, wenn Sie dort Ihren Wohnsitz haben

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschriften

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart

Vertretungsberechtigte

Vorstand: Norbert Heinen, Dr. Gerd Sautter

4. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Gegenstand unseres Unternehmens ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Vermittlung von Versicherungen in Zweigen, die unser Unternehmen nicht selbst betreibt sowie der Betrieb anderer Geschäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Person. Die Württembergische Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

6. Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen

Die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen erhalten Sie als Anlage.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen: Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie Angaben in Ihrem Antrag, wenn der Vertrag unverändert zustande kommt. Bei der Ermittlung der Beiträge berücksichtigen wir die von Ihnen und gegebenenfalls den versicherten Personen in Ihrem Antrag / Ihrer Angebotsanforderung angegebenen gefahrerheblichen Umstände (z.B. Ihre Gesundheitsangaben), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein dokumentieren.

8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

9. Beitragszahlung

Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags, insbesondere zur Zahlungsweise und zur Fälligkeit, sind dem (Angebot zum) Versicherungsschein sowie den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarifbestimmungen zu entnehmen.

10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und im Produktinformationsblatt genannten Beiträge sind längstens bis zum Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grundsätzlich eine unbefristete Geltung, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt erforderlicher Änderungen.

11. Spezielle Risiken oder Preisschwankungen auf dem Finanzmarkt aufgrund eines Zusammenhangs des Versicherungsvertrags mit Finanzinstrumenten

Keine

12. Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Versicherungsantrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungsschein durch Unterzeichnung und Übermittlung des Annahmeschreibens („Einverständniserklärung“) an uns annehmen. Das Einverständnis der versicherten Personen und ggf. der gesetzlichen Vertreter muss ebenfalls vorliegen.

Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im (Angebot zum) Versicherungsschein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beachten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags /Angebots zum Versicherungsschein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir uns an das Angebot 4 Wochen, bei Erschwernisangeboten 6 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

13. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart,
E-Mail Adresse: kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de,
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten (1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat). Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung.

14. Laufzeit des Vertrags, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Pflegegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bidingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen und das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung sowie für die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung gelten besondere Laufzeiten.

15. Angaben zur Vertragsbeendigung, insbesondere vertragliche Kündigungsregelungen sowie etwaiger Vertragsstrafen

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis durch Sie innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Wirksamwerden der Änderung gekündigt werden. Vertragsstrafen sind nicht vereinbart.

16. Anwendbares Recht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

Für die Beziehungen zwischen Ihnen und uns gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrags ausschließlich deutsches Recht.

17. Auf den Versicherungsvertrag anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

Gerichtsstand

Wenn Sie uns verklagen:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen:

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz nach Vertragsschluss ins Ausland verlegt haben:

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz nach Vertragsschluss außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohn- bzw. Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im

Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend vorstehender Regelungen die Zuständigkeit des Gerichts als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

18. Vertragssprache

Maßgebliche Sprache für dieses Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags ist Deutsch.

19. Außergerichtliche Streitschlichtung

Zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. die Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“ Kronenstraße 13, 10117 Berlin, eingerichtet. Weitere Informationen unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Für Fragen zu Ihren Versicherungsverträgen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: <http://www.bafin.de>, wenden.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

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.

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.

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, Geschlecht 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 werden¹⁾. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹⁾ Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung: Gültig ab 1. Januar 2015

Hinweis

Nachstehend erhalten Sie wichtige Informationen zum Umgang mit Ihren Daten.

Datenschutzkodex – Code of Conduct

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten regelt das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Um den Schutz Ihrer Daten weiter zu verbessern, hat der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) gemeinsam mit Daten- und Verbraucherschützern Verhaltensregeln für die Datenverarbeitung in der Versicherungsbranche, den Datenschutzkodex „Code of Conduct“ (CoC), entwickelt. Diese Verhaltensregeln konkretisieren und erweitern die gesetzlichen Vorgaben zur Förderung des Datenschutzes. Sie wurden vom Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit genehmigt. Wir haben uns zum 01.01.2014 freiwillig verpflichtet, die Regeln des CoC zum verbesserten Datenschutz einzuhalten.

Wir möchten Ihnen mit diesem Merkblatt wesentliche Aspekte des CoC vorstellen. Den vollständigen Text des CoC finden Sie hier: www.wuerttembergische.de/datenschutz

Zweckgebundenheit der Datenverarbeitung

Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten (im Folgenden „Datenverarbeitung“) erfolgt grundsätzlich zweckgebunden an die Erfordernisse des Versicherungsgeschäfts: Zur Beratung, Antragsbearbeitung, Vertragsdurchführung und zur Bearbeitung von Leistungsfällen. Die Datenverarbeitung erfolgt auch zur Missbrauchsbekämpfung im Interesse der Versichertengemeinschaft und zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Letztere erfordern auch die Datenverarbeitung über das Ende des Vertragsverhältnisses hinaus, z. B. aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten. Die Datenverarbeitung erfolgt nur dann zu Zwecken der Werbung, wenn Sie hierzu eingewilligt haben. Diese Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Auch der Verwendung Ihrer Daten zur Markt- und Meinungsforschung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Verantwortliche Stelle im Sinne des BDSG ist der im Versicherungsschein genannte Versicherer.

Besonders schützenswerte Daten

Für besonders schützenswerte Daten erfolgt die Datenverarbeitung nur mit Ihrer Einwilligung, die sich ausdrücklich auf diese Daten bezieht. Auch die Übermittlung von Daten durch Personen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen, z. B. Ärzte und Rechtsanwälte, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen voraus.

Datenqualität und Datensicherheit

Durch organisatorische und technische Maßnahmen sichern wir eine hohe Datenqualität. Unser Verzeichnisse und eine Übersicht der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer gemeinschaftlichen Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie unter www.wuerttembergische.de/datenschutz einsehen.

Erhebung personenbezogener Daten ohne Mitwirkung der Betroffenen

Personenbezogene Daten erheben wir nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen, wenn die direkte Erhebung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Dies kann zum Beispiel eine mitversicherte Person oder ein abweichender Postempfänger sein. In diesem Fall bitten wir Sie, die betroffenen Personen über die Datenspeicherung zu informieren.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe der Wüstenrot & Württembergische AG

Unsere rechtlich selbstständigen Unternehmen arbeiten in der Unternehmensgruppe bei nicht vertragsspezifischen Aufgaben zusammen. So können wir Ihnen umfassenden, hochwertigen und zugleich kostengünstigen Service bieten: Bei Umzügen oder einer neuen Bankverbindung ändern wir Ihre Daten schnell und zuverlässig. Bei telefonischen Anfragen können wir Ihnen sofort die zuständige Stelle nennen. Ihre Post kann richtig zugeordnet werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die Bereiche der Zusammenarbeit umfassen insbesondere Vertrieb, Inkasso-, Kredit- und Mahnabteilung, sowie Betrieb und Weiterentwicklung der IT-Systeme.

Im Rahmen dieser Zusammenarbeit werden Ihre Stammdaten verarbeitet. Zu diesen Stammdaten zählen u. a. Name, Geburtsdatum und -Ort, Kontaktdaten, Bankverbindung, Werbebewilligung und Widerspruch, die Nummern Ihrer Verträge. Für einen Antrag, Vertrag oder Leistungsanspruch spezifische Daten sind dagegen nur von dem Unternehmen der Gruppe einsehbar, mit dem Sie eine Vertragsbeziehung haben. Die Nutzung Ihrer Stammdaten zur aktiven und umfassenden Beratung setzt Ihre ausdrückliche Zustimmung voraus.

Datenübermittlung an Ihren Vermittler

Ihr Vermittler betreut Sie in allen Versicherungsangelegenheiten. Mit Ihrer Einwilligung berät er Sie außerdem über das weitere Dienstleistungsangebot unserer Unternehmensgruppe und Kooperationspartner.

Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen übernehmen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage- oder Immobiliengesellschaften die Aufgaben des Vermittlers.

Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Sie zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen, so regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

Wir teilen dem Vermittler die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten mit, z. B. Versicherungsscheinnum-

mer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie Angaben unserer Kooperationspartner zu finanziellen Dienstleistungen.

Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz haben Sie bzw. der Versicherte bei Antragstellung, bei Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen, die beantragt, bestehen, abgelehnt oder gekündigt wurden. Um Lücken bei den Angaben zu schließen, Widersprüche aufzuklären und Versicherungsmisbrauch zu verhindern, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (z. B. Versicherungswechsel, Mitversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

Datenübermittlung an Rückversicherer

In Ihrem Interesse werden wir stets auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls versicherungstechnische Angaben von uns. Hierzu gehören u. a. Versicherungsscheinnummer, Beitrag, Angaben zum Risiko und im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden Ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

Datenübermittlung an und Nutzung von zentralen Hinweissystemen (HIS)

Zweck einer Versicherung ist die Risikoverteilung vom Einzelnen auf die Versichertengemeinschaft. Der Schaden eines einzelnen Versicherungskunden wird über die Beiträge aller Kunden in der Versichertengemeinschaft getragen. Jeder Versicherungskunde muss sich deshalb darauf verlassen können, dass Risiken angemessen tarifiert werden und dass erhobene Leistungsansprüche sorgfältig geprüft werden.

Um Schaden von der Versichertengemeinschaft durch versehentlich oder absichtlich fehlerhafte Angaben bei Anträgen und erhobenen Leistungsansprüchen abzuwenden nutzen wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – zentrale Hinweissysteme der deutschen Versicherungswirtschaft.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im CoC sowie im Internet unter: www.informa-irfp.de

Die Nutzung der Systeme erfolgt ausschließlich hinweisgebend zur Prüfung von Anträgen und erhobenen Leistungsansprüchen mit der im Interesse der Versichertengemeinschaft gebotenen Sorgfalt.

Datenschutz bei Scoring- und Bonitätsdaten

Der CoC weist für den Umgang mit Scoring- und Bonitätsdaten auf die gesetzlichen Regelungen. Wir möchten Ihnen auch hier besondere Transparenz über unsere Datenverarbeitung bieten.

Im Interesse der Versichertengemeinschaft sind wir verpflichtet, auf die termingerechte Beitragszahlung aller Versicherten zu achten. Zur Bewertung Ihrer Kreditwürdigkeit beziehen wir Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten (Bonität) und extern ermittelte Wahrscheinlichkeitswerte über Ihr künftiges Zahlungsverhalten (Scoring).

Die Unternehmen, von denen wir Bonitäts- und Scoringdaten beziehen, können Sie der Dienstleisterliste unter www.wuerttembergische.de/datenschutz entnehmen.

Datenübermittlung an Auftragnehmer und Dienstleister

Zur Erfüllung unserer Aufgaben nutzen wir die Dienstleistungen weiterer Unternehmen. Dabei übermitteln wir personenbezogene Daten nur im erforderlichen Umfang. Zum Beispiel übermitteln wir Adressdaten an Werkstätten oder Informationen zu einer versicherten Sache oder versicherten Person an Gutachter. Ebenso übermitteln wir bedarfsspezifisch personenbezogene Daten insbesondere an Schadenregulierer, Rechtsberatungen, Ärzte, Therapeuten und Krankenhäuser. Eine Liste können Sie unter www.wuerttembergische.de/datenschutz einsehen.

Wir wählen diese Unternehmen mit der gebotenen Sorgfalt aus und verpflichten sie vertraglich zur Einhaltung von Datenschutzstandards, die den Regeln des CoC entsprechen. Die Übermittlung besonders schützenswerter Daten, etwa Gesundheitsdaten, erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Anspruch auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Berichtigung.

Wir nehmen erforderliche Änderungen zeitnah vor, sobald wir Kenntnis über den Korrekturbedarf Ihrer Daten haben.

Sie haben außerdem ein Recht auf Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten, wenn deren Verarbeitung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Falls ein besonderes Interesse am Schutz Ihrer personenbezogenen Daten besteht, können Sie der Übermittlung an weitere Unternehmen widersprechen.

Entsprechende Anfragen richten Sie bitte schriftlich an unsere zuständige Stelle:

Wüstenrot & Württembergische AG
Datenschutzbeauftragter
70163 Stuttgart

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) § 1 - 18

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft - gültig in Verbindung mit Tarif PTPU

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(9) 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.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben 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. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und

Ruheversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhegrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

zu § 1 (2) Pflegebedürftigkeit bei erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

Pflegebedürftig sind auch versicherte Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.

Dies setzt voraus, dass

- die versicherte Person einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.
- bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und
- der medizinische Dienst der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden. Die Feststellung erfolgt durch den Gutachter des medizinischen Dienstes der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung.

zu § 1 (6) Zuordnung der Pflegestufen

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Person für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Pflegebedürftige Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach den Bestimmungen „zu § 1 (2) Pflegebedürftigkeit bei erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ gegeben ist, sind der Pflegestufe 0 zuzuordnen.

zu § 1 (11) Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (11) Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz in der Pflegetagegeldversicherung erstreckt sich auch auf das Ausland, soweit und solange für die versicherte Person die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung besteht und daraus ein Anspruch auf Leistungen geltend gemacht werden kann.

Der Versicherungsschutz in der Pflegetagegeldversicherung kann auf Verlangen des Versicherungsnehmers auch auf das Ausland erstreckt werden, soweit und solange keine soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung besteht und daraus kein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung geltend gemacht werden kann. In diesem Fall gilt die Kostenregelung für die zu erbringenden Nachweise in zu § 6 (2) Nachweise, 3. Absatz.

§ 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) und nicht vor Ablauf der Warte-

zeit. 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 oder in die Wartezeit 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 Wartezeit 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.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn mit Beginn des Tages an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

zu § 2 (2) Versicherungsschutz bei Neugeborenen

Zusätzlich zu Abs. 2 Satz 1 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

zu § 3 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- für Anwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse im Ausland verursacht worden sind, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthaltes für das betroffene Land eine Reisevarnung ausgesprochen hat.

zu § 5 (1) b) Vorsatz oder Sucht

Beruhet die Pflegebedürftigkeit auf Vorsatz oder ist die Pflegebedürftigkeit als Folge einer Suchterkrankung eingetreten, so bleibt die Leistungspflicht bestehen.

zu § 5 (1) d) Vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung.

zu § 5 (1) e) Ausschluss von der Erstattung aus wichtigem Grund

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) e) entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung.

zu § 5 (1) f) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Die Pflegetagegeldversicherung sieht hierfür keine Leistungen vor.

zu § 5 (3)

Dieser Hinweis gilt nicht für die Pflegetagegeldversicherung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

zu § 6 (1) Anspruch auf Leistungen

Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn der Leistungen in der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

zu § 6 (2) Nachweise

Für Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit ist das für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstellte Gutachten sowie die Leistungszusage der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung maßgeblich.

Wird kein für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstelltes Gutachten sowie die Leistungszusage der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung vorgelegt, kann die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt herangezogen werden. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungen einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Verlangen des Versicherungsnehmers auf das Ausland nach zu § 1 (11) 2. Absatz, trägt der Versicherungsnehmer die Kosten einer Feststellung über Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, der Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, soweit sie die Kosten übersteigen, die bei Beauftragung des medizinischen Dienstes der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären. Diese Kostenregelung gilt

entsprechend im Falle zu § 1 (11), 1. Absatz, sofern der Versicherungsnehmer ein für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstelltes Gutachten nicht vorlegt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG 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, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer 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 durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet nach der jeweils gültigen Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung,
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

- a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.
- b) Für Kinder bzw. Jugendliche (Eintrittsalter 0 - 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrages

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 Euro. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8 a 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 Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegegedauern, 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 von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vohundertersatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und 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 Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

(3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

zu § 8 b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Ergibt sich bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche, Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) [und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d].

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) 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.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Es gilt keine Anzeigefrist bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

zu § 9 (2) Anzeigepflicht nach Eintritt des Versicherungsfalles bei der Pflegegeldversicherung

Die Anzeigepflicht nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 besteht bei der Pflegegeldversicherung ausschließlich für den Beginn und das Ende einer vollstationären Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

zu § 9 (6) Anderweitig bestehende Versicherungen neben der Pflegegeldversicherung

Neben der Pflegegeldversicherung darf der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 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 § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit 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. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) 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, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 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

§ 13 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) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) 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 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 In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 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 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 oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats ver-

langen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) 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.

zu § 13 Anwartschaftsversicherung

Für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes kann der Versicherungsnehmer für die betreffende versicherte Person eine Anwartschaftsversicherung vereinbaren.

zu § 13 Ruhen der Rechte und Pflichten

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate nach Kündigung beim Versicherer einzugehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 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 einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) In der Pflegegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

zu § 15 (1) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate ab dem Todestag des Versicherungsnehmers beim Versicherer einzugehen.

zu § 15 (4) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts

Das Versicherungsverhältnis in der Pflegegeldversicherung wird fortge-

setzt, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland ins Ausland verlegt und soweit und solange die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung besteht und daraus ein Anspruch auf Leistungen geltend gemacht werden kann. Hinsichtlich der Kostenregelung für die zu erbringenden Nachweise gelten zu § 6 (2) Nachweise, 1. und 3. Absatz entsprechend.

Das Versicherungsverhältnis in der Pflegegeldversicherung wird ferner fortgesetzt, sofern auf Verlangen des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz gemäß zu § 1 (11), 2. Absatz, auf das Ausland erstreckt wurde und die versicherte Person ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt. In diesem Fall gilt die Kostenregelung für die zu erbringenden Nachweise in zu § 6 (2) Nachweise, 3. Absatz.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 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 Mitgliedsstaat 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.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Teil III Tarif PTPU Pflagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft – gültig in Verbindung mit Tarif PTPU

1. Versicherungsleistungen

1.1 Das Pflagegeld kann in Stufen von 5 Euro täglich vereinbart werden. Das Mindestpflagegeld beträgt 10 Euro.

1.2 Bei bestehender Pflagebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I; zu § 1 (2) AVB Teil II) wird

für Pflagestufe III	100%
für von der gesetzlichen Pflageversicherung anerkannte Härtefälle der Pflagestufe III	150%
für Pflagestufe II	70%
für Pflagestufe I	40%
für Pflagestufe 0 ohne eine daneben bestehende Pflagebedürftigkeit in den Pflagestufen I, II oder III	30%

des vereinbarten Pflagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I; zu § 1 (6) AVB Teil II) gezahlt.

1.3 Bei bestehender Pflagebedürftigkeit wird bei vollstationärer Pflage oder Pflage in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

für Pflagestufe III	100%
für von der gesetzlichen Pflageversicherung anerkannte Härtefälle der Pflagestufe III	150%
für Pflagestufe II	100%
für Pflagestufe I	100%
für Pflagestufe 0 ohne eine daneben bestehende Pflagebedürftigkeit in den Pflagestufen I, II oder III	30%

des vereinbarten Pflagegeldes gezahlt.

1.4 Vollstationäre Pflage liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflageeinrichtungen (Pflageheime) gepflegt wird. Pflage in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflageeinrichtungen (Pflageheime) gepflegt wird, in denen die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

Stationäre Pflageeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflagebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflagefachkraft gepflegt werden und ganztätig untergebracht und verpflegt werden können.

Keine stationären Pflageeinrichtungen sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft oder die schulische Ausbildung im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser.

1.5. Die vorübergehende Abwesenheit während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung unterbricht die vollstationäre Pflage oder Pflage in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht, solange der Pflageplatz der versicherten Person freigehalten wird.

Auf Verlangen des Versicherers ist das Freihalten des Pflageplatzes für die versicherte Person nachzuweisen. Wird kein Nachweis erbracht, werden für den entsprechenden Zeitraum die Leistungen nach Ziffer 1.2 erbracht.

2. Beitragsbefreiung bei Pflagebedürftigkeit nach Vertragsabschluss

2.1 Tritt bei einer versicherten Person Pflagebedürftigkeit nach Vertragsabschluss ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflagebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

2.2 Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflagebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflagebedürftigkeit wegfällt.

3. Einmalzahlung bei Pflagebedürftigkeit

Tritt bei einer versicherten Person Pflagebedürftigkeit in den Pflagestufen I, II oder III erstmalig nach Vertragsabschluss ein, wird zusätzlich zum Pflagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 30fachen des vereinbarten Pflagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während

der gesamten Vertragslaufzeit.

4. Besonderes Umstellungsrecht

4.1 Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Tarif PTPU in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflage- oder privaten Pflagepflichtversicherung ohne Risikoprüfung zu verlangen. Voraussetzung ist, dass

- der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen neue, nicht gleichartige Tarife eingeführt hat und
- die Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes beibehalten wird.

4.2 Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflagebedürftigkeit eingetreten ist.

4.3 Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

5. Dynamische Erhöhung des Pflagegeldes

5.1 Das Pflagegeld wird für versicherte Personen jährlich zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn um 4% erhöht.

Die Erhöhung wird auf den nächsten Euro aufgerundet und beträgt mindestens 1 Euro.

5.2 Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Erhöhungsmittelteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung widersprechen, längstens innerhalb eines Monats nach der Erhöhung.

Widerspricht der Versicherungsnehmer einer Erhöhung, wird die Erhöhung im folgenden Jahr fortgeführt.

Erst wenn in zwei aufeinander folgenden Jahren der Erhöhung widersprochen wird, erlischt der Anspruch auf Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung.

Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

5.3 Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung.

6. Besondere Erhöhung des Pflagegeldes

6.1 Stirbt nach Beginn des Versicherungsschutzes einer versicherten Person deren Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Pflagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung um 20% erhöhen. Dasselbe gilt, wenn der Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person pflagebedürftig wird.

Die Erhöhung wird auf den nächsten Euro aufgerundet und beträgt mindestens 1 Euro.

6.2 Das Recht auf Erhöhung besteht, sofern die Ereignisse nach Ziffer 6.1 bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person eintreten und der Antrag auf Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Ereignisse nach Ziffer 6.1 zum nächsten Monatsersten gestellt wird. Der Eintritt der Ereignisse nach Ziffer 6.1 ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

6.3 Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

6.4 Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der versicherten Person bereits Pflagebedürftigkeit eingetreten ist.

7. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

8. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) § 1-18

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(9) 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.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten der des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben 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. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ru-

hensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

zu § 1 (6) Zuordnung der Pflegestufen

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Person für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

zu § 1 (11) Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung mit schriftlicher Bestätigung durch den Versicherer auf das Ausland ausgedehnt werden.

§ 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) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. 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 oder in die Wartezeit 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 Wartezeit 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.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn mit Beginn des Tages an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

zu § 3 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

- d) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- e) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- f) für Anwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

zu § 5 (1) b) Sucht

Ist die Pflegebedürftigkeit als Folge einer Suchterkrankung eingetreten, so bleibt die Leistungspflicht bestehen.

zu § 5 (1) c) Leistungspflicht im Ausland

Die Leistungspflicht kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.

zu § 5 (1) d) Vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt.

zu § 5 (1) f) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Die Pflegegeldversicherung sieht hierfür keine Leistungen vor.

zu § 5 (3)

Dieser Hinweis gilt nicht für die Pflegegeldversicherung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

zu § 6 (2) Nachweise

Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden.

Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungen einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Ersatzweise kann auch das für die gesetzliche Pflegeversicherung erstellte Gutachten sowie die Leistungszusage der gesetzlichen Pflegeversicherung herangezogen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG 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, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer 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 durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet nach der jeweils gültigen Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung,
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

a) *Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.*

b) *Für Kinder bzw. Jugendliche (Eintrittsalter 0 - 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.*

zu § 8 (2) Skonto

Der Versicherer räumt bei jährlicher Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 4 %, bei halbjährlicher Vorauszahlung von 2 % ein.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrags

a) *Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.*

b) *Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.*

zu § 8 (5) Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 Euro. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8 a 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 Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angeordnet 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.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8 b 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 von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertersatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und 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 Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

(3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

zu § 8 b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Ergibt sich bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche, Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) [und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d].

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) 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.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche anzuzeigen, ab der die Mitteilung über die Festsetzung der Pflegestufe durch die gesetzliche Pflegeversicherung vorliegt.

§ 10 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 § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit 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. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) 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, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 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

§ 13 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) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) 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 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 In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 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 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 oder Tarife 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) 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.

zu § 13 Anwartschaftsversicherung

Für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes kann der Versicherungsnehmer für die betreffende versicherte Person eine Anwartschaftsversicherung vereinbaren.

zu § 13 **Ruhen der Rechte und Pflichten**

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (1) **Vertragsdauer**

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

zu § 13 (6) **Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses**

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate nach Kündigung beim Versicherer einzugehen.

§ 14 **Kündigung durch den Versicherer**

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 **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 einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Arbeitsversicherung umzuwandeln.
- (4) In der Pflegegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

zu § 15 (1) **Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses**

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate ab dem Todestag des Versicherungsnehmers beim Versicherer einzugehen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 **Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 **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 Mitgliedsstaat 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.

§ 18 **Änderungen 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 zum hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

MB/EPV 2009 – Anhang

Auszug aus dem 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.

§ 19 **Anzeigepflicht**

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

§ 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 Auskunfts- oder Aufklärungspflicht 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 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.

§ 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.

Auszug aus Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 272 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 466, 661, 849, 1.104 oder 1.357 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Absatz 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Absatz 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen der Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu lassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Teil III Tarif PTU1 Pflageetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pflageetagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpflageetagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	70 %
für Pflegestufe I	40 %

des vereinbarten Pflageetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

1. Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird zusätzlich zum Pflageetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen des vereinbarten Pflageetagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

2. Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

3. Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Anspruch auf die Leistungen nach den Ziffern 1 und 2 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

4. Kein Versicherungsschutz nach Ziffern 1 und 2 besteht bei Pflegebedürftigkeit

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pflageetagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pflageetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Besonderes Umstellungsrecht

Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung ihres Versicherungsschutzes nach Tarif PTU1 in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung, die der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen eingeführt hat, ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes zu verlangen. Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist.

Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

Dynamische Erhöhung des Pflageetagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflageetagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflageetagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernenden Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Teil III Tarif PTU2 Pflegetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpflegetagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	70 %
für Pflegestufe I	0 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

1. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls wird ergänzend zu oben genannten Leistungen

für Pflegestufe I	40 %
-------------------	------

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

2. Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird zusätzlich zum Pflegetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

3. Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

4. Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Anspruch auf die Leistungen nach den Ziffern 1 bis 3 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

5. Kein Versicherungsschutz nach Ziffern 1 bis 3 besteht bei Pflegebedürftigkeit

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pflegetagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die mit dem Tarif PTU2 erstmals beim Versicherer eine Pflegetagegeldversicherung abgeschlossen wird, die Umstellung der Versicherung in Tarif PTU1 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen, soweit noch keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist. Die Option kann während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal ausgeübt werden.

Die Umstellung kann frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, verlangt werden. Sie kann jeweils zum 1. Januar nach Ablauf des 3. oder 5. Versicherungsjahres beantragt werden, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; zusätzlich und letztmalig ist die Umstellung zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet, möglich. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Die Umstellung kann frühestens sechs Monate vor ihrem Inkrafttreten beantragt werden. Eine rückwirkende Umstellung ist nicht möglich.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

Wird gleichzeitig mit der Umstellung ein höheres Pflegetagegeld beantragt, nimmt der Versicherer für die Mehrleistung eine erneute Risikoprüfung vor.

Besonderes Umstellungsrecht

Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung ihres Versicherungsschutzes nach Tarif PTU2 in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung, die der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen eingeführt hat, ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes und einer dem bisherigen Versicherungsschutz vergleichbaren Pflegestufe zu verlangen. Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist.

Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflegetagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflegetagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Teil III Tarif PTU3 Pfl egetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pfl egetagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpfl egetagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100%
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150%
für Pflegestufe II	0%
für Pflegestufe I	0%

des vereinbarten Pfl egetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

1. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls wird ergänzend zu oben genannten Leistungen

für Pflegestufe II	70%
für Pflegestufe I	40%

des vereinbarten Pfl egetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

2. Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird zusätzlich zum Pfl egetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen des vereinbarten Pfl egetagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

3. Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

4. Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Anspruch auf die Leistungen nach Ziffer 1 bis 3 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

5. Kein Versicherungsschutz nach Ziffer 1 bis 3 besteht bei Pflegebedürftigkeit

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pfl egetagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pfl egetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die mit dem Tarif PTU3 erstmals beim Versicherer eine Pfl egetagegeldversicherung abgeschlossen wird, die Umstellung der Versicherung in die Tarife PTU1 oder PTU2 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen, soweit noch keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist. Die Option kann während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal ausgeübt werden.

Die Umstellung kann frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, verlangt werden. Sie kann jeweils zum 1. Januar nach Ablauf des 3. oder 5. Versicherungsjahres beantragt werden, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; zusätzlich und letztmalig ist die Umstellung zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet, möglich. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Die Umstellung kann frühestens sechs Monate vor ihrem Inkrafttreten beantragt werden. Eine rückwirkende Umstellung ist nicht möglich.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

Wird gleichzeitig mit der Umstellung ein höheres Pfl egetagegeld beantragt, nimmt der Versicherer für die Mehrleistung eine erneute Risikoprüfung vor.

Besonderes Umstellungsrecht

Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung ihres Versicherungsschutzes nach Tarif PTU3 in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung, die der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen eingeführt hat, ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes und einer dem bisherigen Versicherungsschutz vergleichbaren Pflegestufe zu verlangen. Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist.

Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

Dynamische Erhöhung des Pfl egetagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pfl egetagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pfl egetagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichern Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Teil III Tarif PTE Ergänzende Pflegetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009), Teil II Tarifbedingungen und Teil III Tarif der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland und in Tarif PT1 bei der Württembergischen Krankenversicherung AG versichert sind.

2. Vereinbartes Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld wird je versicherter Person in Höhe des Pflegetagegeldes des versicherten Tarifs PT1 vereinbart. Erhöht sich das Pflegetagegeld des Tarifs PT1, wird gleichzeitig das Tagegeld des Tarifs PTE um denselben Betrag erhöht.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) und einem bestehenden Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) wird

für Pflegestufe 0 ohne eine daneben bestehende Pflegebedürftigkeit in den Pflegestufen I, II oder III	30 %
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

bei vollstationärer Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen,

für Pflegestufe III	0 %
für Pflegestufe II	40 %
für Pflegestufe I	70 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

3.2 Pflegebedürftige Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, sind der Pflegestufe 0 zuzuordnen.

Die Pflegestufe 0 setzt voraus, dass

- die versicherte Person einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.
- bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und
- der medizinische Dienst der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus ei-

nem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt werden. Die Feststellung erfolgt durch den Gutachter des medizinischen Dienstes der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung).

3.3 Zusammen mit dem Pflegetagegeld des Tarifs PT1 beträgt die Leistung bei vollstationärer Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen in den Pflegestufen I, II, III 100%, für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III 150%.

3.4 Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird, in denen die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig untergebracht und verpflegt werden können.

Keine stationären Pflegeeinrichtungen sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft oder die schulische Ausbildung im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser.

3.5 Die vorübergehende Abwesenheit während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung unterbricht die vollstationäre Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht, solange der Pflegeplatz der versicherten Person freigehalten wird.

Auf Verlangen des Versicherers ist das Freihalten des Pflegeplatzes für die versicherte Person nachzuweisen. Wird kein Nachweis erbracht, werden für den entsprechenden Zeitraum keine Leistungen nach Ziffer 3.1 erbracht.

4. Beitragsbefreiung bei Unfall

4.1 Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

4.2. Voraussetzungen für die Beitragsbefreiung

Anspruch auf die Beitragsbefreiung nach Ziffer 4.1 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Die Pflegebedürftigkeit muss innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis eintreten und beim Versicherer geltend gemacht werden.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

4.3 Keine Beitragsbefreiung nach Ziffer 4.1 besteht bei Pflegebedürftigkeit aufgrund

- Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

6. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung

gültig in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009), für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009), für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) und den jeweiligen Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S) sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VS, Tarif VSF und Tarif VSU (Vorsorgetarife) der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Voraussetzungen für das Ruhen

Für Tarife, denen die MB/KK 2009, die MB/KT 2009 oder die MB/EPV 2009 zugrunde liegen, gelten die in Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für Tarife, denen die AVB/S zugrunde liegen, gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für die Tarife VS, VSF und VSU (Vorsorgetarif) gelten die in den Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

2. Beginn der Ruhenszeit

Die Ruhenszeit beginnt mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

3. Ende der Ruhenszeit

- a) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) genannten Fällen
 - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,
 - bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung oder vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- b) in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) genannten Fällen
 - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,

- bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung, vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes oder in der Zeit der gesetzlichen Mutterschutzfrist bzw. der Elternzeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- c) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) Ruhensversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009), nach den AVB/S § in 13 Abs. 7 sowie nach den AVB für die Tarife VS, VSF und VSU in § 14 Abs. 7 genannten Fällen
 - mit der Beendigung der Arbeitslosigkeit,
 - bei bestehender Arbeitslosigkeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei Ruhen wegen Eintritt des Zahlungsverzugs nach § 38 VVG unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs nach 6 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.
 - d) Der Wegfall des Grundes für das Ruhen nach a) bis c) ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

4. Änderung der AVB während der Ruhenszeit

In der Ruhenszeit gelten die AVB mit folgenden Änderungen fort:

- a) Während der Ruhenszeit bestehen keine Beitragsforderungen.
- b) Während der Ruhenszeit entstehen keine Leistungsansprüche.
- c) Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach AVB Teil II zu § 8 Ziffer 1. MB/KK 2009 entfällt für diejenigen Kalenderjahre, in denen eine Ruhenszeit besteht.
- d) Der Lauf der Fristen und Wartezeiten der AVB wird nicht unterbrochen.

5. Wiederinkrafttreten des früheren Versicherungsschutzes

Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder voll in Kraft. Im Übrigen gilt:

- a) Die während der Ruhenszeit aufgetretenen Erkrankungen einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen sind im Rahmen der geltenden AVB nach dem Ende der Ruhenszeit in den Versicherungsschutz einbezogen.
- b) Für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, wird nur für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fällt.
- c) Erhöht sich die monatliche Beitragsrate gegenüber derjenigen vor Beginn der Ruhenszeit oder besteht beim Ende der Ruhenszeit weiterhin einer der unter 1. genannten Gründe, kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Beendigung der Ruhenszeit die wieder in Kraft tretende Versicherung zu diesem Zeitpunkt kündigen.

Besondere Vereinbarung für das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung

gültig nur in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Verlängerung der Ruhenszeit

Die nach Maßgabe der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung vereinbarte Ruhenszeit kann nach deren Ablauf einmalig um bis zu 12 Monate verlängert werden.

2. Beitrag zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens des früheren Versicherungsschutzes

Nach Ablauf der vereinbarten Verlängerungszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Ergänzend zu Ziffer 5 der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung gilt:

Der zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend angepasst. Ursprünglich vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen.

Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009), (MB/KT 2009) sowie (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Allgemeine Bestimmungen

- 1.1 Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
- 1.2 Eine Anwartschaftsversicherung kann auf Antrag des Versicherungsnehmers vereinbart werden.
- 1.3 Die Anwartschaftsversicherung ist vereinbart, wenn der Versicherte schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.
- 1.4 Während der Zeit der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- 1.5 Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten und die Fristen der tariflichen Leistungsbegrenzung angerechnet.
- 1.6 Für Versicherungsjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, können keine Ansprüche auf Beitragsrückerstattung erworben werden.

2. Gegenstand der Anwartschaftsversicherung

- 2.1 Mit Beendigung der Anwartschaftszeit tritt der Versicherungsschutz der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife in Kraft. Hierbei sichert sich der Versicherungsnehmer die bisher erworbenen Rechte, insbesondere hinsichtlich der Beitragseinstufung bzw. einer Änderung des Gesundheitszustandes.
- 2.2 Für Versicherungsfälle, die während der Anwartschaftszeit eingetreten sind, wird für den Teil geleistet, der in die Zeit nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes fällt.

3. Voraussetzungen

- 3.1 Die Anwartschaftsversicherung in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden für die Dauer
 - a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 - b) eines Anspruchs auf Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 - c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,
 - d) eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in einem Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum; bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) jedoch nur dann, wenn für diese Zeit auch der Wohnsitz im Inland aufgegeben wird,
 - e) einer Arbeitslosigkeit.
- 3.2 In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 1 Abs. 5 MB/KK 2009) kann die Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
- 3.3 In der Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer
 - a) einer Berufsunfähigkeit,
 - b) der gesetzlichen Mutterschutzfrist und der Elternzeit,
 - c) einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit im Rahmen der Pflegepflichtversicherung.
- 3.4 In der ergänzenden Pflegekrankenversicherung kann eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.
- 3.5 Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

4. Tarifänderungen

Tarifänderungen oder Beitragsanpassungen der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife sind auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

5. Beginn der Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung kann jederzeit beantragt werden. Sie beginnt mit Eintritt der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Voraussetzungen (Ziffern 3.1 bis 3.4), im Falle von Ziffer 3.5 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

- 6.1 Die Anwartschaftsversicherung endet mit dem Fortfall der Voraussetzungen, für die sie beantragt wurde bzw. nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes. Anschließend tritt die Versicherung unmittelbar in Kraft.
- 6.2 Besteht bei einer Anwartschaftsversicherung nach den Ziffern 3.1 bis 3.4 keine zeitliche Befristung, ist der Fortfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall dieser Voraussetzungen anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz zu dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind.
- 6.3 Wird diese Frist versäumt, kann der Versicherte das Inkrafttreten des Versicherungsschutzes von erneuter Risikoprüfung und Wartezeiten abhängig machen.
- 6.4 Wurde ein gekündigter Vertrag nach Ziffer 3.5 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt, tritt die Versicherung zum nächsten Monatsersten nach Zugang des Umstellungsantrages in Kraft.
- 6.5 Der Beitrag nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes wird unter Berücksichtigung des ursprünglichen Eintrittsalters sowie zwischenzeitlicher Beitragsänderungen ermittelt. Es ist der Beitrag zu entrichten, der für den Versicherungsschutz ohne die vereinbarte Anwartschaft zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zu zahlen wäre, zuzüglich evtl. Zuschläge.
- 6.6 Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte.

7. Beiträge

Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung ergibt sich aus dem Anwartschaftsprozentsatz des jeweiligen Tarifs und dem Beitrag, der ohne Anwartschaftsversicherung gezahlt werden müsste; hierbei werden ggf. bestehende Zuschläge nicht berücksichtigt.

Beruhigend, jemanden zu haben, auf den man sich felsenfest verlassen kann.



Württembergische Krankenversicherung AG, 70163 Stuttgart
www.wuerttembergische.de



württembergische

Der Fels in der Brandung.