

Barmenia  
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung  
Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

## 1. Identität des Versicherers

Versicherer ist die Barmenia Krankenversicherung a. G. in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit mit Sitz in Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 3871. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal.

## 2. Ladungsfähige Anschrift

Die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer maßgebliche Anschrift lautet:

Barmenia Krankenversicherung a. G.,  
Barmenia-Allee 1,  
42119 Wuppertal.

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. wird vertreten durch den Vorstand. Vorstandsvorsitzender ist Herr Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Eurich.

## 3. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Barmenia Krankenversicherung a. G. ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Kranken- und Pflegeversicherungen in allen ihren Arten zugelassen.

## 4. Garantie-/Sicherungsfonds

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

## 5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für die Versicherungen gelten die für die jeweiligen Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

b) Art und Umfang der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Versicherungsleistung wird fällig, sobald der Versicherer die Anspruchsberechtigung festgestellt hat.

## 6. Gesamtpreis der Versicherung

Den Gesamtpreis für die Versicherung(en) können Sie dem Onlineantrag entnehmen.

## 7. Steuern, Gebühren oder Kosten

Mit Ausnahme der unter Ziffer 3 des Produktinformationsblattes angeführten Mahnkostenpauschale fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder sonstige Gebühren an.

## 8. Einzelheiten zur Beitragszahlung

Einzelheiten zur Beitragszahlung sind in Ziffer 3 des Produktinformationsblattes beschrieben.

## 9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

## 10. Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

## 11. Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

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 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Barmenia Krankenversicherung a. G.  
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal,  
Telefax: 0202 438-3244,  
E-Mail: vertrag-kranken@barmenia.de

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; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrages. 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.

#### 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

#### **12. Laufzeit**

Einzelheiten zur Laufzeit sind dem Produktinformationsblatt (Ziffer 9) zu entnehmen.

#### **13. Angaben zur Vertragsbeendigung**

Einzelheiten zur Vertragsbeendigung sind dem Produktinformationsblatt (Ziffer 9) zu entnehmen.

#### **14. Anwendbares Recht**

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

#### **15. Sprache**

Die Vertragsbedingungen und die hier unter den Nummern 1 bis 17 gegebenen Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit dieser Versicherung erfolgt in Deutsch.

#### **16. Versicherungsombudsmann**

Außergerichtlich kann eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, eingelegt werden.

Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten.

#### **17. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde**

Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an:  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

#### **Wichtige Information zum Schutz Ihrer Daten durch die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft"**

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. hat gemeinsam mit seinen Mitgliedsunternehmen "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten der Versicherten durch die Versicherungsunternehmen" - einen so genannten Code of Conduct - aufgestellt und mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt. Die Barmenia-Unternehmen sind diesem Code of Conduct zum 01.04.2013 beigetreten und haben sich damit zu seiner Einhaltung verpflichtet.

Den vollständigen Wortlaut der Verhaltensregeln können Sie unter [www.datenschutz.barmenia.de](http://www.datenschutz.barmenia.de) nachlesen.

Sie möchten die Verhaltensregeln gerne in Papierform erhalten oder haben Fragen dazu? Dann rufen Sie einfach an: Sie erreichen die Barmenia-Kundenbetreuung montags bis freitags von 07:00 - 20:00 Uhr und samstags von 09:00 - 15:00 Uhr unter 0202 438-3303.

## Tarif Pflege100

Barmenia  
Krankenversicherung a. G.  
Hauptverwaltung  
Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

### Pflege-Monatsgeldversicherung

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif Pflege100 in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Pflege-Krankenversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/EPV 17**) und  
**Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (**TB/EPV 13**).  
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.  
**Teil III** Tarif Pflege100.  
Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs Pflege100 im Versicherungsschein (je nach vereinbarter Tarifstufe): PM100 bzw. PM0.

Stand 01.06.2017

## Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs Pflege100. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

## Leistungen

Pflege-Monatsgeld	in vereinbarter Höhe bei einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5
Einmalzahlung	das Fünffache des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5
Beitragsbefreiung	bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5
► <sup>1</sup> Assistance-Leistungen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Benennen und Vermitteln von Dienstleistern</li><li>- Telefonische ► Pflege-Visite/Pflege-Case-Management</li><li>- Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflege-Einrichtung</li></ul>
Nachversicherungs-Garantie	einmal im Kalenderjahr (insgesamt bis zu sechs mal während der Vertragslaufzeit) Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zum 60. Lebensjahr (vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit)

<sup>1</sup> Zu den Begriffen, die mit ► gekennzeichnet sind, finden Sie im anhängenden Glossar Erläuterungen.

---

## Leistungen

---

Optionsrechte	<ul style="list-style-type: none"><li>- einmal auf Wechsel in den leistungsstärkeren Tarif Pflege100D (unter bestimmten Voraussetzungen, vgl. Buchstabe B Ziffer 6 a)</li><li>- bei Reformen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) (unter bestimmten Voraussetzungen, vgl. Buchstabe B Ziffer 6 b)</li></ul>
Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes	alle drei Jahre um 10 % (auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit)

---

### Bitte beachten Sie diesen Hinweis:

Sie können den Tarif Pflege100 in zwei Tarifstufen vereinbaren:

- Tarifstufe PM100 mit Bildung von ►Alterungsrückstellung ab dem 21. Lebensjahr und
- Tarifstufe PM0 ohne Bildung von ►Alterungsrückstellungen.

Beide Tarifstufen sind mit Ausnahme der in den Buchstaben A und E beschriebenen Abweichungen identisch.

### Sie haben die Tarifstufe PM0 ohne ►Alterungsrückstellung vereinbart?

In diesem Fall stellen wir das danach vereinbarte Pflege-Monatsgeld, sofern Sie mindestens 21 Jahre alt sind, alle fünf Jahre schrittweise in die Tarifstufe PM100 um (vergleiche Buchstabe E, Ziffer 2., dieser Bedingungen). Die automatische Umstellung endet, wenn das vereinbarte Pflege-Monatsgeld vollständig in die Tarifstufe PM100 umgestellt ist.

**Sollte dies an Ihrem 60. Geburtstag noch nicht der Fall sein, stellen wir das zu diesem Zeitpunkt in der Tarifstufe PM0 vereinbarte Pflege-Monatsgeld in jedem Fall auf die Tarifstufe PM100 um. Die Tarifstufe PM0 endet mit Ablauf des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. Eingezahlte Beiträge können dann nicht zurückgezahlt werden.**

### Unser Rat:

**Wenn Sie den infolge der Umstellung erhöhten Beitrag für die Tarifstufe PM100 reduzieren möchten, empfehlen wir Ihnen, der Umstellung in die Tarifstufe PM100 nicht zu widersprechen, sondern stattdessen das Pflege-Monatsgeld zu reduzieren.**

Darüber hinaus können Sie die vereinbarte Tarifstufe auch individuell umstellen. **Bitte vergleichen Sie dazu Buchstabe E, Ziffer 3., dieser Bedingungen.**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>A. Vorbemerkung</b>	4
Wer kann versichert werden?	
<b>B. Tarifliche Leistungen</b>	4
Was ist versichert und in welcher Höhe?	
1. Pflege-Monatsgeld	4
2. Einmalzahlung	4
3. Beitragsbefreiung	4
4. Assistance-Leistungen	4
5. Nachversicherungs-Garantie	5
6. Optionsrechte	5
<b>C. Beiträge</b>	6
1. Wie hoch sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge?	6
2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?	6
3. Können Sie den Beitrag aus wirtschaftlichen Gründen vorübergehend nicht mehr zahlen?	6
<b>D. Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes</b>	6
Was gilt für die Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes?	6
<b>E. Abweichende Regelungen für die Tarifstufe PM0</b>	
1. Wer kann versichert werden?	7
2. Wie stellen wir das Pflege-Monatsgeld schrittweise in die Tarifstufe PM100 um?	7
3. Wie können Sie das Pflege-Monatsgeld individuell in die Tarifstufe PM100 bzw. in die Tarifstufe PM0 umstellen?	8
4. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?	9
5. Wann endet die Tarifstufe PM0?	9
<b>F. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/EPV 17) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/EPV 13)</b>	
1. Wie ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geregelt?	9
2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	9
3. Welche Einschränkungen der Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert?	9
4. Ab wann zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld?	9
5. Wie weisen Sie uns gegenüber eine Pflegebedürftigkeit nach?	9
6. Welche Anzeigepflichten haben wir zu Ihren Gunsten geändert?	9
7. Müssen Sie sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen?	10
8. Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Pflege-Ergänzungsversicherung abschließen oder eine anderweitig bestehende Pflege-Ergänzungsversicherung erhöhen möchten?	10
9. Wann können Sie den Tarif Pflege100 kündigen?	10
10. Was geschieht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?	10
11. Was geschieht, wenn Ihre Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) endet?	10
<b>G. Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)</b>	10

## A. Vorbemerkung

Wenn in den MB/EPV 17 und den TB/EPV 13 die Pflege-Tagegeldversicherung genannt ist, ist im Rahmen dieser Bedingungen die Pflege-Monatsgeldversicherung gemeint.

### Wer kann versichert werden?

Sie können den Tarif Pflege100 abschließen, wenn Sie in Deutschland wohnen oder arbeiten. Dies gilt auch dann, wenn Sie nicht in der SPV oder PPV versichert sind. Für die Aufnahme in die Tarifstufe PM100 gibt es kein Höchstalter.

Sie können die Tarifstufe PM0 unter Berücksichtigung der zuvor genannten Bedingungen abschließen, wenn Sie zwischen 21 und 60 Jahren alt sind.

## B. Tarifliche Leistungen

### Was ist versichert und in welcher Höhe?

Wir zahlen das vereinbarte Pflege-Monatsgeld und erbringen zusätzlich andere tariflich vereinbarte Leistungen, wenn Sie oder eine andere versicherte Person<sup>2</sup> pflegebedürftig sind.

#### 1. Pflege-Monatsgeld

Wir zahlen das vereinbarte Pflege-Monatsgeld, wenn Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 sind. Dabei ist unerheblich, ob Sie zum Beispiel ambulant, stationär, teilstationär oder im Rahmen einer Kurzzeitpflege durch Pflegefachkräfte oder Angehörige gepflegt werden. Außerdem ist es nicht erforderlich, dass die SPV oder PPV vorleistet.

Das Pflege-Monatsgeld zahlen wir für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit. Auf Wunsch zahlen wir das Pflege-Monatsgeld auch in Teilbeträgen entsprechend der Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit.

Sie müssen das Pflege-Monatsgeld mindestens in der Höhe von 100 EUR vereinbaren. Sie können es in 10 EUR-Schritten erhöhen.

Wir zahlen das Pflege-Monatsgeld ohne Kostennachweis zu Beginn eines jeden Monats der Pflegebedürftigkeit. Beginnt oder endet der Versicherungsfall im Laufe eines Monats, zahlen wir das Pflege-Monatsgeld nicht anteilig, sondern jeweils für den vollen Monat.

#### 2. Einmalzahlung

Wir zahlen einmal während der Vertragslaufzeit das Fünffache des vereinbarten Pflege-Monatsgeldes, wenn Sie zum ersten Mal dem Pflegegrad 4 oder 5 zugeordnet werden.

#### 3. Beitragsbefreiung

Sind Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 oder 5, müssen Sie für den Tarif Pflege100 keinen Beitrag mehr zahlen. Dies gilt auch für einen ggf. zu zahlenden Risikozuschlag.

#### 4. Assistance-Leistungen

Wenn Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 sind, können Sie die unter a) bis c) aufgeführten ► Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen. Sollten Sie diese Assistance-Leistungen bereits im Rahmen eines anderen Tarifs der Barmenia versichert haben, zahlen wir Ihnen zum Ausgleich einmal während der Vertragslaufzeit eine Pauschale von 50 EUR.

Wir arbeiten mit hoch qualifizierten Dienstleistern zusammen. Wenn Sie hierzu aktuelle Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

---

<sup>2</sup> Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

- a) Telefonisches Benennen und Vermitteln von zusätzlichen Dienstleistungen zum Beispiel Einkaufshilfe, Reinigungsdienst, Wäschedienst sowie Fahrdienste. Nicht versichert sind die Entgelte für die vermittelten Dienstleistungen. Voraussetzung ist, dass diese Dienstleistungen in Deutschland durchgeführt werden.
- b) Telefonische ►Pflege-Visite/ Pflege-Case-Management zum Beispiel Informationen zur Pflege und zu Pflegeleistungen sowie Ratschläge, wie Sie eine stationäre Pflege vermeiden können. Diese Assistance-Leistung können Sie einmal alle zwei Versicherungsjahre in Anspruch nehmen.
- c) Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflege-Einrichtung 100 % der zusätzlichen Kosten für das kurzfristige Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflege-Einrichtung in Deutschland innerhalb von 24 Stunden. Diese Leistung erhalten Sie einmal während der Vertragslaufzeit. Die Kosten für die Unterkunft selbst sind nicht versichert.

5. Nachversicherungs-Garantie Sie können einmal im Kalenderjahr jeweils zum nächsten Monatsersten eine Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes ohne Gesundheitsprüfung und ohne ►Wartezeit um bis zu 25 % beantragen. Dies ist während der gesamten Vertragslaufzeit insgesamt bis zu sechs mal möglich. Bei der Erhöhung runden wir das Pflege-Monatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag. Eine Erhöhung kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn Sie heiraten bzw. eine gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft gründen oder wenn Sie Vater bzw. Mutter durch Geburt oder Adoption eines Kindes werden. Sie haben dann auch einen höheren Beitrag zu zahlen. Spätester Termin für die Erhöhung ist der Erste des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. Voraussetzung ist, dass Sie noch nicht pflegebedürftig sind.

Der höhere Versicherungsschutz gilt ohne ►Wartezeit ab dem jeweiligen Zeitpunkt der Erhöhung.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflege-Monatsgeld richtet sich nach dem dann erreichten Lebensalter.

Bisher ggf. vereinbarte ►Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an.

6. Optionsrechte
- a) auf Wechsel in den leistungsstärkeren Tarif (Pflege100D) Sie haben nach Ablauf von zehn Versicherungsjahren (gerechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs Pflege100 an) das Recht, den Versicherungsschutz auf den Tarif Pflege100D umzustellen.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- Sie bei Abschluss des Tarifs Pflege100 noch keine 55 Jahre alt waren,
- Sie zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch nicht pflegebedürftig sind und
- der Tarif Pflege100D nach zehn Versicherungsjahren zum Ersten des darauf folgenden Monats (Optionszeitpunkt) in Kraft tritt.

Wir werden einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, wenn Sie die Umstellung vor dem Optionszeitpunkt beantragen.

**Beispiel:**

Beginn des Tarifs Pflege100	01.07.2023
Optionstermin	01.07.2033
Antragstellung bis	30.06.2033
Beginn des höheren Versicherungsschutzes	01.07.2033

Der höhere Versicherungsschutz wird ohne ►Wartezeit zum Optionszeitpunkt wirksam.

Für das Einstufen des Beitrags des Tarifs Pflege100D gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Wir rechnen die aus dem Vertrag erworbene ►Alterungsrückstellung auf Ihren Beitrag an.

Bisher ggf. vereinbarte ►Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an.

- b) bei Reformen der SPV bzw. PPV

Wir garantieren, dass Sie in neue Pflege-Ergänzungstarife wechseln können. Voraussetzung ist, dass diese als Folge von in Kraft getretenen Reformen der SPV oder PPV von uns eingeführt werden. Der Wechsel ist ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne ►Wartezeit und bis zur Höhe des bisher vereinbarten Pflege-Monatsgeldes möglich. Dieses Optionsrecht gilt innerhalb von 12 Monaten ab der Einführung der neuen Pflege-Ergänzungstarife.

Voraussetzung ist, dass Sie

- zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts noch keine 65 Jahre alt und
- noch nicht pflegebedürftig sind.

Für das Einstufen des Beitrags des neuen Tarifs gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Wir rechnen die aus dem Vertrag erworbene ►Alterungsrückstellung auf Ihren Beitrag an.

Bisher ggf. vereinbarte ►Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an.

## C. Beiträge

1. Wie hoch sind die monatlichen Raten der Tarifbeiträge?

Die Beiträge für die Tarifstufen PM100 und PM0 für je 100 EUR Pflege-Monatsgeld ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragsübersicht.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Bei Abschluss des Versicherungsvertrages setzen wir den ersten Beitrag nach Ihrem Eintrittsalter und Ihrem Gesundheitszustand fest. Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

Abweichend von § 8 (1.1) TB/EPV 13 ist der Beitrag für die Tarifstufe PM100 für Kinder bzw. Jugendliche (0 - 21) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

3. Können Sie den Beitrag aus wirtschaftlichen Gründen vorübergehend nicht mehr zahlen?

Sie können eine individuelle Umstellung des nach der Tarifstufe PM100 vereinbarten Pflege-Monatsgeldes in die Tarifstufe PM0 beantragen und somit Ihren monatlichen Beitrag reduzieren. Die für den Teil der Umstellung gebildete ►Alterungsrückstellung bleibt Ihnen in diesem Fall erhalten und wird bei einem Rückwechsel wieder angerechnet. Bitte vergleichen Sie dazu Buchstabe E, Ziffer 3., dieser Bedingungen.

## D. Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes Was gilt für die Erhöhung des Pflege-Monatsgeldes?

Das vereinbarte Pflege-Monatsgeld erhöht sich alle drei Jahre<sup>3</sup> um 10 % - auch wenn Sie pflegebedürftig sind.

Dabei runden wir das Pflege-Monatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag.

Für das hinzukommende Pflege-Monatsgeld haben Sie einen zusätzlichen Beitrag zu zahlen. Diesen berechnen wir nach Ihrem zum Zeitpunkt der Hinzunahme erreichten Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Bisher ggf. vereinbarte ►Risikozuschläge erhöhen wir im gleichen Verhältnis wie den Tarifbeitrag.

<sup>3</sup> gerechnet ab dem Versicherungsbeginn der zuerst vereinbarten Tarifstufe



Die Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen nehmen wir jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns vor. Sie erhalten darüber rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz beginnt ohne ►Wartezeit jeweils am Erhöhungstermin.

Das hinzukommende Pflege-Monatsgeld gilt vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens an. Dies gilt auch dann, wenn Sie bereits pflegebedürftig sind.

Sie können der Erhöhung widersprechen. Bitte teilen Sie uns in diesem Fall bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin mit, dass Sie die Erhöhung nicht wünschen. Der Widerspruch hat keinen Einfluss auf künftige automatische Erhöhungen.

Auf Ihr Recht zu widersprechen, werden wir Sie im Rahmen der Mitteilung zur vertraglichen Änderung hinweisen.

#### E. Abweichende Regelungen für die Tarifstufe PM0

1. Wer kann versichert werden? Sie können die Tarifstufe PM0 unter Berücksichtigung der unter Buchstabe A genannten Bedingungen abschließen, wenn Sie zwischen 21 und 60 Jahren alt sind.
2. Wie stellen wir das Pflege-Monatsgeld schrittweise in die Tarifstufe PM100 um? Ab Versicherungsbeginn der Tarifstufe PM0 stellen wir alle fünf Jahre<sup>4</sup> 25 % der Summe des nach den Tarifstufen PM100 und PM0 vereinbarten Pflege-Monatsgeldes (Gesamt-Pflege-Monatsgeld) auf die Tarifstufe PM100 um. Beträgt das nach Tarifstufe PM0 vereinbarte Pflege-Monatsgeld weniger als 25 % des Gesamt-Pflege-Monatsgeldes, stellen wir es vollständig auf die Tarifstufe PM100. Die automatische Umstellung endet, wenn das nach Tarifstufe PM0 vereinbarte Pflege-Monatsgeld vollständig in die Tarifstufe PM100 umgestellt ist.

#### Beispiel:

Abschluss zum 01.02.2018

Gesamt-Pflege-Monatsgeld	1.000 EUR
davon:	
PM0	500 EUR
PM100	500 EUR

1. Umstellung zum 01.02.2023

PM0	250 EUR
PM100	750 EUR

2. Umstellung zum 01.02.2028

PM0	-
PM100	1.000 EUR

Bisher ggf. vereinbarte ►Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung und ohne ►Wartezeit. Das vereinbarte Gesamt-Pflege-Monatsgeld bleibt dabei unverändert.

**Der Beitrag für das Pflege-Monatsgeld, das wir von der Tarifstufe PM0 in die Tarifstufe PM100 umstellen, richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Lebensalter.**

<sup>4</sup> gerechnet ab dem Versicherungsbeginn der zuerst vereinbarten Tarifstufe

Sie können der automatischen Umstellung nach Erhalt der Mitteilung **widersprechen**. Bitte teilen Sie uns in diesem Fall bis zum Ende des ersten Monats nach dem Umstellungstermin mit, dass Sie die Umstellung nicht wünschen. In diesem Fall bleibt die Aufteilung des Gesamt-Pflege-Monatsgeldes auf die Tarifstufen PM100 und PM0 unverändert und wird nach dem Ablauf weiterer fünf Jahre erneut umgestellt.

Auf Ihr Recht zu widersprechen, werden wir Sie im Rahmen der Mitteilung zur vertraglichen Änderung hinweisen.

**Werden Sie 60 Jahre alt, stellen wir das zu diesem Zeitpunkt nach der Tarifstufe PM0 vereinbarte Pflege-Monatsgeld in die Tarifstufe PM100 um.** Die Umstellung nehmen wir zum nächsten Ersten des Monats vor, der auf Ihren 60. Geburtstag folgt.

**Beispiel:**

Abschluss zum 01.02.2023 mit 50 Jahren

Gesamt-Pflege-Monatsgeld	1.000 EUR
davon:	
PM0	1.000 EUR
PM100	-

1. Umstellung zum 01.02.2028 mit 55 Jahren

PM0	750 EUR
PM100	250 EUR

Dieser Umstellung wird widersprochen.

2. Umstellung zum 01.07.2033 zum nächsten Monatsersten nach dem 60. Geburtstag (16.06.2033)

PM0	-
PM100	1.000 EUR

**Wenn Sie der Umstellung nach Ihrem 60. Geburtstag widersprechen, endet die Tarifstufe PM0. Alle erworbenen Rechte erlöschen. Die eingezahlten Beiträge können nicht zurückgezahlt werden.**

Als Alternative zum Widerspruch raten wir Folgendes:

Wenn Sie den Beitrag für die Tarifstufe PM100 reduzieren möchten, empfehlen wir Ihnen, der Umstellung in die Tarifstufe PM100 nicht zu widersprechen und stattdessen das Pflege-Monatsgeld zu reduzieren.

3. Wie können Sie das Pflege-Monatsgeld individuell in die Tarifstufe PM100 bzw. in die Tarifstufe PM0 umstellen?

Sie können bis zum 60. Lebensjahr auch individuelle Umstellungen in die Tarifstufe PM100 bzw. in die Tarifstufe PM0 beantragen. Die Umstellung ist jeweils zum nächsten Monatsersten möglich. Das vereinbarte Gesamt-Pflege-Monatsgeld kann dabei auf die Tarifstufen PM100 und PM0 aufgeteilt werden. Die für den Teil der Umstellung von PM100 auf PM0 gebildete ►Alterungsrückstellung bleibt Ihnen in diesem Fall erhalten und wird bei einem Rückwechsel wieder angerechnet.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung und ohne ►Wartezeit. Die Höhe des Pflege-Monatsgeldes bleibt dabei unverändert.

Bisher ggf. vereinbarte ► Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an.

**Der Beitrag für das umgestellte Pflege-Monatsgeld richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Lebensalter.**

4. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter? Abweichend von § 8 (1.1) TB/EPV 13 ist der Beitrag für die Tarifstufe PM0 für die Altersgruppe 21 - 60 Jahre bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem die versicherte Person 60 Jahre alt wird.
5. Wann endet die Tarifstufe PM0? Die Tarifstufe PM0 endet mit Ablauf des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden.

**F. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/EPV 17) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/EPV 13)**

**Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen zu Ihren Gunsten geändert haben.**

1. Wie ist der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geregelt? Sie haben Anspruch auf das Vermitteln einer Unterkunft in einer vollstationären Pflege-Einrichtung in Deutschland (vergleiche Buchstabe B Ziffer 4 c). Darüber hinaus besteht weltweit Versicherungsschutz (vergleiche § 1 Abs. 5 MB/EPV 17).
2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? Sie haben Versicherungsschutz ohne ►Wartezeit ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt (vergleiche § 3 MB/EPV 17).
3. Welche Einschränkungen der Leistungspflicht haben wir zu Ihren Gunsten geändert? Abweichend von § 5 der MB/EPV besteht Leistungspflicht auch
- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind (vergleiche § 5 Abs. 1a MB/EPV 17),
  - für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen (vergleiche § 5 Abs. 1b MB/EPV 17),
  - solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts pflegebedürftig werden (vergleiche § 5 Abs. 1c MB/EPV 17),
  - während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht (vergleiche § 5 Abs. 1f MB/EPV 17).

Im Übrigen gelten die in § 5 MB/EPV geregelten Einschränkungen der Leistungspflicht.

4. Ab wann zahlen wir das vereinbarte Pflege-Monatsgeld? Wir zahlen das vereinbarte Pflege-Monatsgeld ab dem Zeitpunkt aus, ab dem festgestellt wurde, dass Sie pflegebedürftig sind (vergleiche § 6 Abs. 1 MB/EPV 17).
5. Wie weisen Sie uns gegenüber eine Pflegebedürftigkeit nach? Bitte weisen Sie uns die Feststellung der Pflegebedürftigkeit anhand des Gutachtens der SPV bzw. PPV nach. Ist dies nicht möglich, legen Sie bitte ein gleichwertiges Gutachten vor, das den gesetzlichen Anforderungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) entspricht. Die Kosten der Begutachtung sind nicht im tariflichen Leistungsumfang enthalten (vergleiche § 9 Abs. 1 MB/EPV 17).
6. Welche Anzeigepflichten haben wir zu Ihren Gunsten geändert? Sie brauchen uns die folgenden Ereignisse nicht anzuzeigen:
- Krankenhausbehandlungen,
  - stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen sowie
  - Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung (vergleiche § 9 Abs. 2 MB/EPV 17).

- |     |  |  |
|-----|--|--|
| 7.  | Müssen Sie sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen?  | Nein, dies ist nicht notwendig. Sie müssen sich nicht von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen (vergleiche § 9 Abs. 4 MB/EPV 17).  |
| 8.  | Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine weitere Pflege-Ergänzungsversicherung abschließen oder eine anderweitig bestehende Pflege-Ergänzungsversicherung erhöhen möchten? | Nichts, Sie können den Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflege-Ergänzungsversicherung ohne unsere Einwilligung vornehmen (vergleiche § 9 Abs. 6 MB/EPV 17). |
| 9.  | Wann können Sie den Tarif Pflege100 kündigen?  | Sie können den Tarif Pflege100 nach Ende der zweijährigen Mindestvertragslaufzeit und ohne eine Frist zum Ende eines jeden Monats kündigen (vergleiche § 13 Abs. 1 MB/EPV 17 und Abs. 1.1 TB/EPV 13).  |
| 10. | Was geschieht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen?  | Nichts, das Versicherungsverhältnis endet nicht, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen (vergleiche § 15 Abs. 4 MB/EPV 17).   |
| 11. | Was geschieht, wenn Ihre Versicherung in der SPV oder PPV endet?   | Nichts, wenn Ihre Versicherung in der SPV oder PPV endet, hat dies keine Auswirkungen auf den Tarif Pflege100. Ihr Versicherungsvertrag besteht unverändert fort (vergleiche § 15 Abs. 4 MB/EPV 17).   |

## G. Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

### Assistance-Leistung

Assistance-Leistungen sind Leistungen zur Hilfe, im Notfall und zu Problemlösungen. Diese erbringen wir, wenn Sie pflegebedürftig sind.

### Alterungsrückstellung

Es ist allgemein bekannt, dass es mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher wird, pflegebedürftig zu werden. Demzufolge müssten die Beiträge alleine wegen Älterwerdens von Jahr zu Jahr steigen. Um das zu vermeiden, wird ein durchschnittlicher Beitrag berechnet. Dieser ist in jungen Jahren höher als die tatsächlich benötigten Leistungen. Der übersteigende Betrag wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Pflege-Leistungen höher sind als der Beitrag, wird die Differenz aus der vorher gebildeten Alterungsrückstellung gedeckt. Bitte beachten Sie, dass Beitragsanpassungen damit nicht generell vermieden werden können. Der für Kinder zu zahlende Beitrag sieht keine Bildung einer Alterungsrückstellung vor, weil mit dem Aufbau der Alterungsrückstellung erst ab 21 Jahren begonnen wird.

### Pflege-Visite/Pflege-Case-Management

Die Pflege-Visite bzw. das Pflege-Case-Management unterstützt Pflegebedürftige, die eine besondere Betreuung benötigen. Zum Beispiel: Wenn das Krankheitsbild die Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen erfordert, stehen die Case Manager koordinierend und helfend zur Seite.

### Risikozuschlag

Der Risikozuschlag ist ein Mehrbeitrag, den wir zur Finanzierung von höheren Leistungen auf Grund von bestimmten Vorerkrankungen verlangen können.

### Wartezeit

Eine Wartezeit ist der Zeitraum, der zwischen dem Abschluss des Versicherungsvertrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes liegt. Bei der Pflege-Ergänzungsversicherung darf die Wartezeit bis zu drei Jahre betragen. Für den Tarif Pflege100 verzichten wir auf eine Wartezeit.

# Ergänzende Pflege- Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Teil I</i>	<b>Der Versicherungsschutz</b>	
<i>Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung (MB/EPV 17)</i>	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§§ 1 - 19	§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit	2
<i>Teil II</i>	§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
<i>Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/EPV 13) (Schrägschrift)</i>	§ 3 Wartezeit	3
	§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	3
	§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	3
	§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	3
<i>Stand 01.01.2017</i>	<b>Pflichten des Versicherungsnehmers</b>	
<i>Für ab dem 21.12.2012 eingeführte Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen (Unisex-Tarife).</i>	§ 8 Beitragszahlung	3
	§ 8a Beitragsberechnung	4
	§ 8b Beitragsanpassung	4
	§ 9 Obliegenheiten	4
	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	4
	§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	5
	§ 12 Aufrechnung	5
	<b>Ende der Versicherung</b>	
	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	5
	§ 14 Kündigung durch den Versicherer	5
	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	5
	<b>Sonstige Bestimmungen</b>	
	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	5
	§ 17 Gerichtsstand	5
	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	6
	§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher	6
	<b>Anhang</b>	
	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)	6
	Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	7
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	7
	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	8

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbe- reich des Versicherungsschutzes

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

1.1 Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

2. Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

3. 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.

3.1 Die Tarifbedingungen bestehen aus den Allgemeinen und den Besonderen Tarifbedingungen.

4. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5. 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 Mitgliedsstaaten 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.

6. 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 Ruhensgrund 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.

### § 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebe- dürftigkeit

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

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

a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;

d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körper-

zuständen, körpernahe Hilfsmittel,

bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

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

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

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

5. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

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

## § 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.

1.1 *Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen und bei der Erhöhung 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.

## § 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.

## § 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

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;

c) vorbehaltlich der Regelungen des § 1 Abs. 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts pflegebedürftig werden;

[d]\* soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden; ]

[e]\* soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat; ]

f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

[g]\* bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde 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; ]

[h]\* für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben. ]

\* entfällt bei Pflegegeldversicherung

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.

## § 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 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.

## § 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 nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

*1.1 Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.  
Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 20 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 20. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 20 bzw. für Erwachsene zu zahlen.*

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 an Stelle 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 Versicherungsscheines zu zahlen.

*3.1 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages 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 (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, 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 Anlage) 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.

## **§ 8a 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 Älterwerdens 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.

## **§ 8b Beitragsanpassung**

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. auf Grund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder auf Grund 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 Vomhundertsatz, 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.

*1.1 Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen gemäß Absatz 1 eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.*

2. Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zu Grunde 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. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

## **§ 9 Obliegenheiten**

1. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines 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 Versicherungsfalls 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. 1 d].

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 Versicherungsfalls 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.

## **§ 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 Abs. 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 Forderungsübergangs 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 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.

1.1 *Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.*

*Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigt.*

2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

2.1 *Das Kündigungsrecht nach Absatz 2 kann nicht so ausgeübt werden, dass ab Geburt mitversicherte Minderjährige ohne ein Elternteil versichert bleiben.*

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 § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis 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.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

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

1.1 *Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.*

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

3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen 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 eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es auf Grund 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. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

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

4.1 *Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet das Versicherungsverhältnis in der Pflegetagegeldversicherung erst dann, wenn der Versicherer davon Kenntnis erlangt.*

### Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

### § 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 einem 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 Voraussetzung für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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 Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

**§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher**

1. Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 01.01.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

2. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

3. Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

**Anhang**

**Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Sozialgesetzbuch (SGB XI)**

**§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

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

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

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

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

3. Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktebereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten

aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
  2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
  3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
  4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
  5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
7. Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

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

#### Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

##### § 35 Pflegezulage

1. Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 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 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 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 Abs. 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 Abs. 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 zur 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 belassen, 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.

#### 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 zurücktreten.

##### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der

Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

3. Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

4. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

1. Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

2. Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen 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 infolgedessen 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 dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (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.

1a. Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

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 Abs. 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.

2a. Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

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.