

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif Pflege Einmalzahlung (PZTE03) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung PZTE03. Er gehört zur →Produktgruppe UNI und gilt als Pflegetagegeld-Zusatztarif im Sinne der Versicherungsbedingungen.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

Dieser Tarif ergänzt gezielt unsere übrigen Pflegetagegeld-Zusatztarife. Deshalb ist für diesen Tarif die folgende Grundabsicherung erforderlich.

(1) Grundabsicherung

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange für sie bei uns folgende Grundabsicherung abgeschlossen ist:

- Für sie besteht bei uns ein Pflegetagegeld-Zusatztarif.
- In diesem Pflegetagegeld-Zusatztarif erbringen wir Versicherungsleistungen unabhängig davon, ob seit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein bestimmter Zeitraum verstrichen ist.

Die versicherte Person gilt auch als versicherungsfähig, wenn der Tarif der Grundabsicherung in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie abgeschlossen ist oder ruht.

Die Grundabsicherung kann auch gleichzeitig mit dem Tarif PZTE03 abgeschlossen werden.

(2) Wegfall der erforderlichen Eigenschaft

Mit Wegfall der in Absatz 1 geregelten Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1 Welche Voraussetzung muss für die Zahlung der Einmalzahlung erfüllt sein?
- 2.2.2 Wer muss die Pflegebedürftigkeit feststellen und wer trägt dafür die Kosten?
- 2.2.3 Welche Einmalzahlung leisten wir?
- 2.2.4 Welcher Versicherungsschutz besteht bei Auslandsaufenthalt?
- 2.2.5 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Bei einer Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person zahlen wir die nach diesem Tarif versicherte Einmalzahlung nach den folgenden Regelungen.

2.2.1 Welche Voraussetzung muss für die Zahlung der Einmalzahlung erfüllt sein?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie meinen, dass die →versicherte Person pflegebedürftig ist. Vergleichen Sie zum Begriff "Pflegebedürftigkeit" bitte auch Ziffer 1.1.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

Wir zahlen die tarifliche Einmalzahlung, wenn bei der versicherten Person erstmals Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

Die versicherte Person muss zu diesem Zeitpunkt mit Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif versichert sein. Das ist nicht der Fall, während dieser Tarif in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie abgeschlossen ist.

Wenn für die versicherte Person erstmals Pflegebedürftigkeit festgestellt wird und ihr Vertrag zu diesem Zeitpunkt ruht, gilt Ziffer 2.6.4.

2.2.2 Wer muss die Pflegebedürftigkeit feststellen und wer trägt dafür die Kosten?

Der für die →versicherte Person vereinbarte Tarif der Grundabsicherung enthält Regelungen dazu, von wem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Außerdem enthält er Regelungen, wer die Kosten einer Untersuchung trägt. Bitte vergleichen Sie die Versicherungsbedingungen.

Die Feststellungen für die Pflegebedürftigkeit, die wir für den Tarif der Grundabsicherung anerkennen, gelten auch für die Leistungspflicht nach diesem Tarif.

Das gilt auch für die Regelung über die Verpflichtung, die Kosten für eine Untersuchung der versicherten Person zu tragen.

2.2.3 Welche Einmalzahlung leisten wir?

Wir leisten eine Einmalzahlung in Höhe des hierfür von Ihnen versicherten Euro-Betrags.

Sie erhalten unsere Zahlung einmalig. Für die Höhe der Zahlung ist folgender Zeitpunkt maßgeblich:

- Die Höhe des Euro-Betrags für die Einmalzahlung an dem Tag, an dem bei der →versicherten Person erstmals Pflegebedürftigkeit festgestellt und sie mindestens der Pflegestufe I zugeordnet worden ist. Bitte vergleichen Sie hierzu die Versicherungsbedingungen der Grundabsicherung.

2.2.4 Welcher Versicherungsschutz besteht bei Auslandsaufenthalt?

(1) Grundsätzlicher Geltungsbereich

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person

- in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union,
 - in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder
 - in der Schweiz
- aufhält (grundsätzlicher Geltungsbereich).

(2) Versicherungsschutz außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs (weltweiter Versicherungsschutz)

Wenn sich die →versicherte Person

- vorübergehend oder dauerhaft
- in einem Staat außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs aufhält,

kann auch hierfür dauerhafter Versicherungsschutz bestehen.

Hierfür sind die Versicherungsbedingungen der Grundabsicherung maßgeblich. Danach kann für diese Staaten kein Versicherungsschutz vorgesehen sein. Andere Tarife der Grundabsicherung bieten Versicherungsschutz nur nach zusätzlicher Ausdehnungsvereinbarung oder automatisch. Bitte sehen Sie in diesen Versicherungsbedingungen nach.

Soweit danach für die versicherte Person Versicherungsschutz für die Staaten nach Satz 1 besteht, gilt dies auch für den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

2.2.5 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit

a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

2.4 Regelungen zur Erhöhung der Einmalzahlung (Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen)

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.4.1 Welche planmäßige Erhöhung der Einmalzahlung bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?
- 2.4.2 Welche weitere Erhöhung der Einmalzahlung bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?
- 2.4.3 Welches Recht haben Sie außerdem, bei uns eine Erhöhung der Einmalzahlung zu beantragen?

- 2.4.1 Welche planmäßige Erhöhung der Einmalzahlung bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?

(1) Recht auf Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung

Solange die →versicherte Person noch nicht 70 Jahre alt ist, erhöhen wir planmäßig die für sie versicherte Einmalzahlung wie folgt:

- alle 36 Monate,
- um 10 Prozent (kaufmännisch gerundet auf 250 Euro), jedoch um mindestens 250 Euro.

Für die planmäßige Erhöhung müssen jeweils folgende 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person ist in den vorangegangenen 36 Monaten ununterbrochen mit Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif versichert gewesen. Sie ist nicht mit Anspruch auf Leistungen versichert gewesen, wenn dieser Tarif in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie abgeschlossen ist oder ruht.
- Außerdem haben Sie den Betrag der Einmalzahlung in dieser Zeit nicht geändert. Eine Änderung des Betrags liegt auch vor, wenn Sie diesen über eine Nachversicherungsoption nach Ziffer 2.4.2 erhöht haben.

Wir verzichten bei der planmäßigen Erhöhung auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Unsere vorherige Information über die Erhöhung

Wir werden Sie in jedem Jahr, in dem für die →versicherte Person eine planmäßige Erhöhung der Einmalzahlung nach Absatz 1 erfolgt, in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) im Voraus über

- den erhöhten Betrag der Einmalzahlung,
- den nach der Erhöhung maßgeblichen Beitrag,
- den Zeitpunkt, zu dem die Erhöhung wirksam wird, sowie
- die Frist, innerhalb derer der planmäßigen Erhöhung für die versicherte Person widersprochen werden kann, informieren.

(3) Beitragsberechnung für die Erhöhung der Einmalzahlung

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(4) Ihr Widerspruchsrecht

Sie können der planmäßigen Erhöhung der Einmalzahlung

- für alle davon betroffenen →versicherten Personen,
- zum Ende des Monats, der dem Monat folgt, in dem die planmäßige Erhöhung wirksam wird, rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung

→schriftlich widersprechen. Wir weisen Sie auf die Folgen des Fristablaufs in unserer vorherigen Information nach Absatz 2 hin.

(5) Erlöschen und Neubegründung des Rechts auf Dynamisierung

a) Erlöschen des Rechts und unsere Informationspflicht

Wenn Sie 3 aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen der Einmalzahlung für die →versicherte Person widersprechen, erlischt insoweit das Recht auf Teilnahme an zukünftigen planmäßigen Erhöhungen der Einmalzahlung.

Wir werden Sie mit der Information über die planmäßige Erhöhung der Einmalzahlung im Voraus auf die Folgen eines Widerspruchs nach Satz 1 hinweisen. Das machen wir, wenn Sie unmittelbar zuvor 2 aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen der Einmalzahlung für die versicherte Person widersprochen haben.

b) Neubegründung des Rechts

Wenn das Recht auf Teilnahme an künftigen planmäßigen Erhöhungen nach Absatz a) Satz 1 erloschen ist und nachträglich für die →versicherte Person eine Erhöhung der Einmalzahlung mit Gesundheitsprüfung vorgenommen wird, wird das Recht auf planmäßige Erhöhung der Einmalzahlung nach Absatz 1 neu begründet.

2.4.2 Welche weitere Erhöhung der Einmalzahlung bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?

Nach den folgenden Absätzen sind Sie bei bestimmten Anlässen berechtigt, eine Erhöhung der versicherten Einmalzahlung zu verlangen (Nachversicherungsoptionen).

(1) Anlässe für eine Erhöhung der Einmalzahlung

a) Abschluss von Berufsausbildung oder Studium

Die →versicherte Person

- ist noch keine 34 Jahre alt und
- hat eine Berufsausbildung oder ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule erfolgreich abgeschlossen.

Erfolgreich ist ein Abschluss, wenn die versicherte Person die Abschlussprüfung bestanden hat. Der Abbruch der Ausbildung oder des Studiums stehen einem Abschluss nicht gleich.

Die Erhöhung der Einmalzahlung ist in diesem Fall nur einmal zulässig. Sie wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

b) Wegfall der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und für sie ändert sich wie folgt die Absicherung über die Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes:

- Der Anspruch auf Beihilfe entfällt vollständig oder sie gilt nicht mehr als berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Die neue Einmalzahlung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem die Absicherung der versicherten Person im Sinne der Sätze 1 und 2 weggefallen ist.

c) Kauf einer Immobilie

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und nimmt ein Darlehen auf, um eine Immobilie zu kaufen. Sie will die Immobilie nach dem Kauf selbst zum Wohnen nutzen und der Kaufpreis beträgt mindestens 100.000 Euro.

Die Erhöhung der Einmalzahlung ist in diesem Fall nur einmal zulässig. Sie wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

d) Weitere persönliche Anlässe

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und es ereignet sich Folgendes:

- ihr leibliches Kind wird geboren oder sie adoptiert ein minderjähriges Kind.
- ihr leibliches Kind oder ihr Adoptivkind stirbt.
- sie heiratet oder begründet eine eingetragene Lebenspartnerschaft.
- ihre Ehe wird geschieden oder ihre eingetragene Lebenspartnerschaft wird aufgehoben.
- ihr Ehegatte oder ihr eingetragener Lebenspartner stirbt.

Jedes dieser weiteren persönlichen Ereignisse berechtigt für sich genommen zu einer Erhöhung der Einmalzahlung. Sie können pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit jedoch höchstens insgesamt zweimal wegen dieser Ereignisse eine Erhöhung der Einmalzahlung verlangen. Die Erhöhung wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

(2) Besonderheiten für Ihren Anspruch auf Erhöhung der Einmalzahlung

a) Betragsmäßige Begrenzung der Erhöhung

Sie sind berechtigt, die Erhöhung um jeweils bis zu 30 Prozent (aufgerundet auf die nächste 250-Euro-Stufe), jedoch um höchstens 3.000 Euro, zu verlangen.

b) 6-Monatsfrist für Ihr Erhöhungsverlangen

Sie müssen jede Erhöhung der Einmalzahlung innerhalb von 6 Monaten nach dem Anlass von uns verlangen.

c) Keine erneute Gesundheitsprüfung

Wir verzichten bei der Erhöhung auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Beitragsberechnung für die Erhöhung der Einmalzahlung

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(4) Ausschluss des Rechts auf Erhöhung der Einmalzahlung

Eine Erhöhung der Einmalzahlung ist ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person

- zum Zeitpunkt des Erhöhungsverlangens
- pflegebedürftig ist oder einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf hat.

Vergleichen Sie zu diesen Begriffen bitte auch Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.4.3 Welches Recht haben Sie außerdem, bei uns eine Erhöhung der Einmalzahlung zu beantragen?

Sie können bei uns unabhängig von den Regelungen nach Ziffern 2.4.1 und 2.4.2 eine Erhöhung der versicherten Einmalzahlung beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der →versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem können wir den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

2.5 Befreiung von einer besonderen Obliegenheit und Informationspflicht

2.5.1 Ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn eine weitere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

Sie müssen nicht unsere Einwilligung einholen, wenn für die →versicherte Person

- eine Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld oder Betreuungsgeld oder
- eine weitere Versicherung mit Anspruch auf eine Einmalzahlung bei Pflegebedürftigkeit

abgeschlossen oder erhöht wird. Die →Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

Die sonstigen besonderen Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.5.2 Müssen Sie uns informieren, wenn die versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird?

Nach diesem Tarif sind wir auch leistungspflichtig, wenn die →versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird und die übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Deshalb müssen Sie uns nicht über eine solche Unterbringung gesondert informieren. Die Informationspflicht nach Ziffer 1.4 Absatz 3 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt damit nicht.

Die sonstigen besonderen Informationspflichten nach Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.6 Ruhen der Versicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.6.1 Was bedeutet "Ruhen der Versicherung"?
- 2.6.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?
- 2.6.3 Wie setzt sich die Versicherung fort, nachdem die Ruhenszeit geendet hat?
- 2.6.4 Welche Besonderheiten gelten, wenn die versicherte Person während der Ruhenszeit pflegebedürftig wird?

2.6.1 Was bedeutet "Ruhenszeit"?

(1) Keine vertraglichen Rechte und Pflichten (Grundsatz)

Während der Ruhenszeit gelten für Sie und uns keine vertraglichen Rechte und Pflichten. Das bedeutet insbesondere:

- Sie müssen keine Beiträge zahlen.
- Sie nehmen nicht an der Dynamisierung teil.
- Wir müssen keine Versicherungsleistungen erbringen.

Die Regelungen nach Ziffer 2.6 zum Ruhenszeit der Versicherung gelten aber unverändert. Außerdem gelten Rechte, die sich unmittelbar aus dem Gesetz (zum Beispiel Versicherungsvertragsgesetz - VVG) ergeben, auch während der Ruhenszeit.

(2) Besonderheiten für die Nachversicherungsoptionen

Wenn für die →versicherte Person während der Ruhenszeit ein Anlass zur Erhöhung der Einmalzahlung nach Ziffer 2.4.2 eintritt, gilt Folgendes:

- Sie müssen jede Ausübung der Nachversicherungsoption und Erhöhung der Einmalzahlung innerhalb von 6 Monaten nach dem Anlass bei uns anmelden. Sie können die Erhöhung frühestens mit Wirkung zum Fortsetzungstermin nach Ziffer 2.6.3 Absatz 1 ausüben.
- Die Begrenzung der Tagessatzerhöhung nach Ziffer 2.4.2 Absatz 2 a) gilt auch für die Anmeldung.
- Nachdem der Vertrag im Anschluss an die Ruhenszeit fortgesetzt wird (siehe dazu bitte Ziffer 2.6.3), erhöhen wir für die versicherte Person die Einmalzahlung im vertraglichen Umfang.
- Sie können der Erhöhung der Einmalzahlung innerhalb von 14 Tagen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widersprechen, nachdem Sie von uns den geänderten Versicherungsschein erhalten haben.

2.6.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?

Nach den folgenden Absätzen sind Sie bei bestimmten Anlässen berechtigt, das Ruhen der Versicherung zu verlangen.

(1) Anlässe für ein Ruhen der Versicherung

a) Arbeitslosigkeit

Die →versicherte Person ist arbeitslos und hat Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).

Sie können das Ruhen der Versicherung wegen Arbeitslosigkeit pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit nur einmal verlangen.

Die Ruhenszeit beträgt 12 aufeinanderfolgende Monate. Sie beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihres Verlangens auf Ruhendstellung bei uns folgt. Sie endet automatisch mit Ablauf von 12 Monaten.

b) Elternzeit

Die →versicherte Person befindet sich in Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Sie können das Ruhen der Versicherung pro versicherte Person und Kind nur einmal verlangen. Sie können zwischen einer Ruhenszeit von

- 12,
- 24 oder
- 36

aufeinanderfolgenden Monaten wählen. Diese Wahl müssen Sie treffen, wenn Sie das Ruhen der Versicherung verlangen.

Die Ruhenszeit beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihres Verlangens auf Ruhendstellung bei uns folgt. Sie endet automatisch mit Ablauf der vereinbarten Monatszahl.

(2) Besonderheiten für Ihr Verlangen auf Ruhendstellung

Sie müssen jedes Ruhen der Versicherung

- innerhalb von 3 Monaten nach dem Anlass
 - →schriftlich
- von uns verlangen.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen ruhen stellen wollen, müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von Ihrem Verlangen Kenntnis erlangt haben.

(3) Ausschluss des Rechts auf Ruhen der Versicherung

Ein Ruhen der Versicherung ist in folgenden Fällen ausgeschlossen. Maßgeblich ist jeweils der Zeitpunkt Ihres Verlangens auf Ruhendstellung.

- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig oder hat einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf. Bitte vergleichen Sie zu diesen Begriffen Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.
- Der Vertrag besteht für die versicherte Person noch keine 12 aufeinanderfolgende Monate. Diese 12-Monatsfrist rechnet von dem für die versicherte Person vereinbarten Versicherungsbeginn an.

2.6.3 Wie setzt sich die Versicherung fort, nachdem die Ruhenszeit geendet hat?

(1) Grundsätze

a) Fortsetzung der vertraglichen Rechte und Pflichten

Abhängig davon, aus welchem Anlass Sie das Ruhen der Versicherung verlangt haben, beträgt die Ruhenszeit 12 bis 36 Monate. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.6.2 Absatz 1.

Mit Ablauf der Ruhenszeit setzt sich der Vertrag für die →versicherte Person mit allen Rechten und Pflichten fort. Das bedeutet insbesondere:

- Sie sind ab dem Tag der Fortsetzung (Fortsetzungstermin) zur Beitragszahlung verpflichtet.
- Sie nehmen im vertraglichen Umfang an der Dynamisierung teil.
- Wir schulden die Versicherungsleistungen im vertraglichen Umfang.

Wenn der Versicherungsfall während der Ruhenszeit eingetreten ist, erbringen wir die Versicherungsleistungen erst ab dem Fortsetzungstermin.

b) Beitragsberechnung

Wir berechnen Ihren Beitrag wie folgt:

- Wir berücksichtigen die zum Fortsetzungstermin erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person.
- Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

(2) Vertragsänderungen während der Ruhenszeit

Wenn wir während der Ruhenszeit den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen oder Versicherungsbedingungen ändern, gelten diese Änderungen für die →versicherte Person erst für die Zeit nach dem Ruhen. Denn nach Ablauf der Ruhenszeit beziehen wir sie nach Ziffern 1.7.1.1 und 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein in den Vertrag ein.

Für Erhöhungen der Einmalzahlung durch Nachversicherungsoptionen, die Sie während der Ruhenszeit angemeldet haben, gilt Ziffer 2.6.1 Absatz 2.

2.6.4 Welche Besonderheiten gelten, wenn die versicherte Person während der Ruhenszeit pflegebedürftig wird?

(1) Beendigung und Auszahlung mit Ablauf der Ruhenszeit (Grundsatz)

Wenn die →versicherte Person pflegebedürftig wird, während Sie den Vertrag für sie ruhend gestellt haben, gilt Folgendes:

- Der Tarif endet mit Ablauf der vereinbarten Ruhenszeit.
- Sie müssen ab diesem Zeitpunkt auch weiterhin keine Beiträge mehr zahlen.
- Wir zahlen die Einmalzahlung nach Ablauf der Ruhenszeit aus.

(2) Besonderheit: Beendigung ohne Auszahlung mit Tod der versicherten Person

Wenn die →versicherte Person pflegebedürftig wird, während Sie diesen Vertrag ruhend gestellt haben, sie aber noch vor dem Ablauf der Ruhezeit verstirbt, gilt Folgendes:

- Der Tarif endet mit dem Tod der versicherten Person.
- Sie müssen ab diesem Zeitpunkt keine Beiträge mehr zahlen.
- Ihr Anspruch auf die Einmalzahlung erlischt mit dem Tod der versicherten Person.

2.7 Besonderheit für die Kindernachversicherung

Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

Nach Ziffer 1.8.2 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

2.8 Beendigung des Tarifs

2.8.1 Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in →Schriftform erklären. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(2) Ordentliche Kündigung

Für die ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung

Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.8.2 Welcher weitere Beendigungsgrund ist vereinbart?

Der Tarif endet mit dem Ersten des Monats, der auf den Tag folgt, für den erstmals Pflegebedürftigkeit bei der →versicherten Person festgestellt wurde. Ab diesem Zeitpunkt sind Sie auch nicht mehr zur Zahlung des Beitrags verpflichtet.

Wir zahlen die Einmalzahlung unabhängig von der Beendigung des Tarifs aus. Das gilt nicht, wenn die versicherte Person erstmals pflegebedürftig wird, während dieser Tarif in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie abgeschlossen ist.

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif Pflegetagegeld Erhöhung ambulant (PZTA03) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung PZTA03. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) bei häuslicher und teilstationärer Pflege in den Pflegestufen I und II. Deshalb ist für diesen Tarif die folgende Grundabsicherung erforderlich.

(1) Grundabsicherung

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange für sie bei uns als Grundabsicherung

- der Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)
- mit Anspruch auf Leistungen

abgeschlossen ist. Die versicherte Person gilt auch während einer für den Tarif der Grundabsicherung vereinbarten Ruhezeit als versicherungsfähig.

Die Grundabsicherung kann auch gleichzeitig mit dem Tarif PZTA03 abgeschlossen werden.

(2) Wegfall der erforderlichen Eigenschaft

a) Grundsatz

Mit Wegfall der in Absatz 1 geregelten Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person.

b) Besondere Regelungen für die Anwartschaftsversicherung

Wenn die in Absatz 1 geregelte Eigenschaft wegfällt, weil der Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) für die →versicherte Person in Form einer →Anwartschaftsversicherung abgeschlossen wird, gilt Folgendes:

- Der Vertrag für diesen Tarif setzt sich automatisch in Form einer Anwartschaftsversicherung fort. Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert verlangen. Die Anwartschaftsversicherung beginnt gleichzeitig mit der Anwartschaftsversicherung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1 Was bedeutet "ergänzendes Pflegetagegeld" und welche Bedeutung haben dadurch die Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)?

2.2.2 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

2.2.3 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

2.2.4 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Bei einer Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person zahlen wir das nach diesem Tarif versicherte ergänzende Pflegetagegeld nach den folgenden Regelungen. Vergleichen Sie zum Begriff "Pflegebedürftigkeit" bitte auch Ziffer 1.1.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

2.2.1 Was bedeutet "ergänzendes Pflegetagegeld" und welche Bedeutung haben dadurch die Versicherungsbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03)?

Der Tarif PZTA03 erweitert gezielt im Bereich Pflegetagegeld den Versicherungsschutz nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Deshalb sind verschiedene Regelungen aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) auch für die Leistungsvoraussetzungen und den Leistungsumfang nach diesem Tarif maßgeblich. Das bedeutet Folgendes:

(1) Regelungen zu den Pflegestufen

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zu den Pflegestufen gelten auch für den Tarif PZTA03.

Bitte beachten Sie aber, dass ein Leistungsanspruch nach dem Tarif PZTA03 nur besteht, wenn die →versicherte Person der

- Pflegestufe I oder
- Pflegestufe II

zugeordnet ist.

Wenn sie dagegen der Pflegestufe III zugeordnet ist, besteht kein Leistungsanspruch nach dem Tarif PZTA03.

(2) Feststellungen zu Pflegebedürftigkeit, Pflegestufen und die Kostentragung für Untersuchungen

Die Feststellungen für die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufen, die wir für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) anerkennen, gelten auch für die Leistungspflicht nach dem Tarif PZTA03.

Das gilt auch für die Regelung über die Verpflichtung, die Kosten für eine Untersuchung der →versicherten Person zu tragen.

(3) Pflegearten und Leistungserbringer

Der Tarif PZTA03 bietet Versicherungsschutz bei

- häuslicher Pflege oder
- teilstationärer Pflege.

Es besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet.

Wie sich diese Pflegearten definieren und welche Leistungserbringer die häusliche und teilstationäre Pflege erbringen müssen, ergibt sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

(4) Beginn unserer Pflegetagegeld-Zahlung

Nach dem Tarif PZTA03 zahlen wir ebenfalls monatlich rückwirkend das Pflegetagegeld im vertraglichen Umfang. Ab welchen Zeitpunkten wir das machen, ergibt sich aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

(5) Unsere erweiterte Leistungspflicht

Nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zahlen wir das versicherte Pflegetagegeld in unveränderter Höhe weiter, wenn sich die →versicherte Person während der häuslichen oder teilstationären Pflege in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung

befindet. Bitte vergleichen Sie auch dazu die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Denn in diesen Fällen zahlen wir das vertragliche Pflegetagegeld nach dem Tarif PZTA03 ebenfalls weiter.

(6) Versicherungsschutz nur für Pflegetagegeld

Der Tarif PZTA03 sieht die Zahlung eines Pflegetagegelds für häusliche oder teilstationäre Pflege vor. Dies setzt voraus, dass die →versicherte Person der Pflegestufe I oder II zugeordnet ist.

Weitere Leistungen, die nur über die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) versichert sind, können Sie nicht nach Tarif PZTA03 verlangen.

2.2.2 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

(1) Grundsätze

Die Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege hängt von folgenden Bedingungen ab:

- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Die für sie festgestellte Pflegestufe. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.2.1 Absatz 1 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).
- Die Feststellung der häuslichen oder teilstationären Pflegebedürftigkeit. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.2.1 Absatz 2 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

Wenn Sie in diesem Tarif den gleichen Tagessatz wählen wie im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03), bieten wir Ihnen insgesamt aus beiden Tarifen einen Versicherungsschutz in Höhe von 100 Prozent. Das ergibt sich durch die Leistungsprozentsätze aus Absatz 2, welche die Leistungszusagen aus Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) gezielt ergänzen.

(2) Unsere Leistung nach diesem Tarif

Wir zahlen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:

- 70 Prozent bei Zuordnung zur Pflegestufe I.
- 40 Prozent bei Zuordnung zur Pflegestufe II.

Das machen wir für jeden Tag der häuslichen oder teilstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage).

Wir zahlen das Pflegetagegeld außerdem in gleicher Höhe, wenn die häusliche Pflege nicht durch eine Pflegefachkraft, sondern durch eine Pflegeperson vorgenommen wird. Vergleichen Sie zu den genannten Leistungserbringern bitte auch Ziffer 2.2.1 Absatz 3 sowie die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Pflegepersonen können danach Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer sein.

2.2.3 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

Der weltweite Versicherungsschutz, den wir Ihnen im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) bieten, besteht auch nach dem Tarif PZTA03. Das bedeutet Folgendes.

(1) Grundsätzlicher Geltungsbereich und weltweiter Versicherungsschutz

a) Grundsätzlicher Geltungsbereich

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person

- in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union,
- in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder
- in der Schweiz aufhält (grundsätzlicher Geltungsbereich).

b) Versicherungsschutz außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs (weltweiter Versicherungsschutz)

Wenn sich die →versicherte Person

- vorübergehend oder dauerhaft
- in einem Staat außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs aufhält,

setzt sich der Vertrag automatisch fort (weltweiter Versicherungsschutz). Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert von uns verlangen.

(2) Unverändertes Leistungsversprechen

Ab Beginn des Auslandsaufenthalts zahlen wir das Pflegetagegeld in unveränderter Höhe nach Ziffer 2.2.2.

2.2.4 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Der Tarif PZTA03 beinhaltet ein ergänzendes Pflegetagegeld zur Absicherung nach Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Damit gelten auch dieselben Leistungsausschlüsse im Fall einer Pflegebedürftigkeit. Bitte entnehmen Sie der folgenden Regelung, wann wir im Tarif PZTA03 nicht leistungspflichtig sind.

In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

2.4 Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung

Unter welchen Voraussetzungen sind Sie von der Beitragspflicht befreit?

Der Tarif PZTA03 ergänzt den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gilt auch für Ihre folgende Befreiung von der Beitragszahlung.

(1) Voraussetzungen der Beitragsbefreiung

Sie müssen keinen Beitrag für die →versicherte Person zahlen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person ist der Pflegestufe III zugeordnet. Bitte vergleichen Sie hierzu Ziffer 2.2.1 Absatz 1 und die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).
- Für sie besteht außerdem ein Anspruch auf Pflegetagegeld-Zahlung nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

(2) Beginn und Ende der Beitragsbefreiung

Die Beitragsbefreiung gilt rückwirkend. Sie beginnt zum Ersten des Monats, in dem unsere Leistungspflicht für die Pflegestufe III nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) besteht. Sie endet mit Ablauf des Monats, in dem Ihr Anspruch für die →versicherte Person nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) auf Pflegetagegeld nach Pflegestufe III entfällt. Das gilt auch, wenn eine Herabsetzung auf Pflegestufe II oder I erfolgt.

2.5 Regelungen zur Höhe des Tagessatzes

2.5.1 Begrenzung des Tagessatzes

Wie hoch darf der versicherte Tagessatz höchstens sein und welches Recht auf Vertragsanpassung haben wir, wenn er die Höchstgrenze übersteigt?

(1) Höchstgrenze des versicherbaren Tagessatzes

Der nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherte Tagessatz darf den Tagessatz nicht übersteigen, der für sie im Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) versichert ist. Das gilt sowohl zu Vertragsbeginn als auch während der gesamten Vertragslaufzeit.

(2) Unser Recht zur Anpassung des Vertrags

Wenn der Tagessatz für diesen Tarif die Höchstgrenze nach Absatz 1 übersteigt, können wir ihn auf die Höchstgrenze herabsetzen. Für die Herabsetzung ist es unerheblich, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

Die Herabsetzung wird zu dem Tag wirksam, an dem der Tagessatz erstmals die Höchstgrenze nach Absatz 1 überstiegen hat. Beiträge, die Sie infolge der Herabsetzung zu viel gezahlt haben, zahlen wir an Sie zurück.

2.5.2 Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes (Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen)

Inhalt dieses Abschnitts:

- | | |
|---------|--|
| 2.5.2.1 | Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)? |
| 2.5.2.2 | Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)? |
| 2.5.2.3 | Welches Recht haben Sie außerdem, bei uns eine Erhöhung des Tagessatzes zu beantragen? |

- | | |
|---------|--|
| 2.5.2.1 | Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)? |
|---------|--|

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zur planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes gelten auch für den Tarif PZTA03 und werden durch folgende Regelungen ergänzt.

(1) Recht auf Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes

Wenn die →versicherte Person an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes nach dem Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) teil-

nimmt, erhöhen wir gleichzeitig den nach dem Tarif PZTA03 für sie versicherten Tagessatz. Bei dieser Erhöhung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Für die Erhöhung gilt Folgendes.

a) Berechnung der Tagessatzerhöhung

- Für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) erhöhen wir den versicherten Tagessatz um 10 Prozent (kaufmännisch gerundet auf 5 Euro), jedoch um mindestens 5 Euro.
- Der Prozentsatz, der sich aus dieser Berechnung ergibt, gilt für den Tarif PZTA03. In Höhe dieses Prozentsatzes erhöhen wir den Tagessatz für den Tarif PZTA03 (kaufmännisch gerundet auf 1 Euro).

b) Begrenzungen der Tagessatzerhöhung

Eine Tagessatzerhöhung erfolgt maximal bis zur Höchstgrenze nach Ziffer 2.5.1 Absatz 1.

(2) Unsere vorherige Information über die Erhöhung

Wenn wir Sie über die Tagessatzerhöhung für Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) benachrichtigen, informieren wir Sie gleichzeitig über die Tagessatzerhöhung für den Tarif PZTA03. Bitte vergleichen Sie hierzu die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Die gleichen Informationen erhalten Sie zur Tagessatzerhöhung für diesen Tarif.

(3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(4) Ihr Widerspruchsrecht

Sie können nicht gesondert der Tagessatzerhöhung für den Tarif PZTA03 widersprechen.

Wenn Sie aber der Tagessatzerhöhung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) widersprechen, gilt dieser Widerspruch auch für die Erhöhung im Tarif PZTA03. Bitte vergleichen Sie zu Ihrem Widerspruchsrecht die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

(5) Erlöschen und Neubegründung des Rechts auf Dynamisierung

a) Erlöschen des Rechts und unsere Informationspflicht

Wenn Sie einer Tagesatzerhöhung 3 Mal hintereinander widersprechen, erlischt das Recht auf Teilnahme an weiteren Tagesatzerhöhungen. Näheres dazu und zu unserer dazugehörigen Informationspflicht entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

b) Neubegründung des Rechts

Wenn Sie nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) Ihr Recht auf Teilnahme an Tagesatzerhöhungen neu begründet haben, gilt dies auch für Erhöhungen nach diesem Tarif.

2.5.2.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zu Ihrem Recht auf Erhöhung des Tagessatzes (Nachversicherungsoptionen) gelten auch für den Tarif PZTA03 und werden durch folgende Regelungen ergänzt.

Wenn Sie die Erhöhung des Tagessatzes für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) verlangen, erhöhen wir gleichzeitig auch den Tagessatz für den Tarif PZTA03. Sie können die Erhöhung nicht gesondert für den Tarif PZTA03 verlangen.

(1) Bedeutung der Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest

Sie können die Tagessatzerhöhung nur nach besonderen persönlichen Anlässen verlangen. Bei dieser Erhöhung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Zu den Anlässen zählen zum Beispiel:

- Abschluss von Berufsausbildung oder Studium.

- Wegfall der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes.
- Kauf einer Immobilie.
- Weitere persönliche Anlässe, wie zum Beispiel Geburt eines leiblichen Kindes, Adoption eines minderjährigen Kindes oder Tod des Ehe- oder Lebenspartners.

Alle Anlässe und wie sich diese definieren, ergeben sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gleiche gilt für die weiteren Besonderheiten für die Erhöhung des Tagessatzes. Hierzu zählt auch die Regelung, wie sich der Beitrag für den erweiterten Versicherungsschutz berechnet.

(2) Besonderheiten für die Berechnung der Tagessatzerhöhung

Wir berechnen die Tagessatzerhöhung für diesen Tarif nach den folgenden Regelungen.

a) Berechnung der Tagessatzerhöhung

- Für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) können Sie die Erhöhung um jeweils bis zu 30 Prozent (aufgerundet auf die nächste 5-Euro-Stufe), jedoch um höchstens 30 Euro, verlangen.
- Der Prozentsatz, der sich aus dieser Berechnung ergibt, gilt für den Tarif PZTA03. In Höhe dieses Prozentsatzes erhöhen wir den Tagessatz für den Tarif PZTA03 (kaufmännisch gerundet auf 1 Euro).

b) Begrenzungen der Tagessatzerhöhung

Eine Tagessatzerhöhung erfolgt maximal bis zur Höchstgrenze nach Ziffer 2.5.1 Absatz 1.

(3) Ausschluss des Rechts auf Tagessatzerhöhung

Eine Erhöhung des Tagessatzes ist ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person

- zum Zeitpunkt des Erhöhungsverlangens
- pflegebedürftig ist oder einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf hat.

Näheres entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.5.2.3 Welches Recht haben Sie außerdem, bei uns eine Erhöhung des Tagessatzes zu beantragen?

Sie können bei uns unabhängig von den Regelungen nach Ziffern 2.5.2.1 und 2.5.2.2 eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der →versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem können wir den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

2.6 Befreiung von einer besonderen Obliegenheit und Informationspflicht

2.6.1 Ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn eine weitere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

Sie müssen nicht unsere Einwilligung einholen, wenn für die →versicherte Person eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld oder Betreuungsgeld abgeschlossen oder erhöht wird. Die →Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

Die sonstigen besonderen Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.6.2 Müssen Sie uns informieren, wenn die versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird?

Nach diesem Tarif sind wir auch leistungspflichtig, wenn die →versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird und die übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Deshalb müssen Sie uns nicht über eine solche Unterbringung gesondert informieren. Die Informationspflicht nach Ziffer 1.4 Absatz 3 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt damit nicht.

Die sonstigen besonderen Informationspflichten nach Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.7 Ruhen der Versicherung

Die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) zum Ruhen der Versicherung gelten auch für den Tarif PZTA03.

Wenn Sie die Versicherung für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) ruhend stellen, ruht gleichzeitig auch die Versicherung nach dem Tarif PZTA03. Sie können den Tarif PZTA03 nicht gesondert ruhend stellen.

Während der Ruhenszeit gelten keine vertraglichen Rechte und Pflichten. Bitte vergleichen Sie hierzu die Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.7.1 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?

(1) Bedeutung der Tarifbedingungen für den Tarif PflegetagegeldBest

Sie können das Ruhen der Versicherung nur nach besonderen Anlässen verlangen. Diese Anlässe sind:

- Arbeitslosigkeit.
- Elternzeit.

Alle Anlässe und wie sich diese definieren, ergeben sich auch für diesen Tarif aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03). Das gleiche gilt für die weiteren Besonderheiten für das Ruhen der Versicherung und für die Ausübung der Nachversicherungsoptionen. Das gilt auch für die Regelungen, wie sich die Versicherung mit Ablauf der Ruhenszeit fortsetzt und wie sich der neue Beitrag berechnet.

(2) Ausschluss des Rechts auf Ruhen der Versicherung

Ein Ruhen der Versicherung ist in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig oder hat einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf.
- Der Vertrag besteht für die versicherte Person noch keine 12 aufeinanderfolgende Monate.

Näheres zu den Ausschlüssen entnehmen Sie bitte den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.7.2 Was gilt für Vertragsänderungen während der Ruhenszeit?

Wenn wir während der Ruhenszeit den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen oder Versicherungsbedingungen ändern, gelten diese Änderungen für die →versicherte Person erst für die Zeit nach dem Ruhen. Denn nach Ablauf der Ruhenszeit beziehen wir sie nach Ziffern 1.7.1.1 und 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein in den Vertrag ein.

Bitte vergleichen Sie hierfür, sowie wie für Tagessatzerhöhungen durch Nachversicherungsoptionen, die Sie während der Ruhenszeit angemeldet haben, die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03).

2.8 Besonderheit für die Kindernachversicherung

Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

Nach Ziffer 1.8.2 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

2.9 Besonderheit für Ihr ordentliches Kündigungsrecht

Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in →Schriftform erklären. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(2) Ordentliche Kündigung

Für die ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung

Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Pflegetagegeld-Zusatzversicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif PflegetagegeldBest (PZTB03) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung PZTB03. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaft der versicherten Person (Aufnahmefähigkeit)

Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.2.1 Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1.1 Welche Voraussetzung muss für die Zahlung von Pflegetagegeld erfüllt sein (Zuordnung zu einer Pflegestufe)?
- 2.2.1.2 Wer muss die Pflegebedürftigkeit feststellen?
- 2.2.1.3 Wer trägt die Kosten für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit?
- 2.2.1.4 Nach welchen Pflegearten unterscheiden wir und wer muss die Pflege erbringen?
- 2.2.1.5 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?
- 2.2.1.6 Ab wann zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?
- 2.2.1.7 In welchen Fällen zahlen wir ein Pflegetagegeld weiter?
- 2.2.1.8 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Bei einer Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person zahlen wir das nach diesem Tarif versicherte Pflegetagegeld nach den folgenden Regelungen.

2.2.1.1 Welche Voraussetzung muss für die Zahlung von Pflegetagegeld erfüllt sein (Zuordnung zu einer Pflegestufe)?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie meinen, dass die →versicherte Person pflegebedürftig ist. Vergleichen Sie zum Begriff "Pflegebedürftigkeit" bitte auch Ziffer 1.1.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

Wir zahlen das tarifliche Pflegetagegeld, wenn die versicherte Person anhand ihrer Pflegebedürftigkeit einer der 3 Pflegestufen gemäß § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugeordnet worden ist (Pflegebedürftige einer Pflegestufe). Danach unterscheiden wir 3 Pflegestufen:

(1) Pflegestufe I

Pflegebedürftige Personen werden der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) zugeordnet, wenn sie

- bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren von diesen Bereichen
- mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und
- zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(2) Pflegestufe II

Pflegebedürftige Personen werden der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) zugeordnet, wenn sie

- bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität
- mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und
- zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Pflegestufe III

Pflegebedürftige Personen werden der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) zugeordnet, wenn sie

- bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität
- täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und
- zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

2.2.1.2 Wer muss die Pflegebedürftigkeit feststellen?

(1) Feststellungen durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung (Grundsatz)

Wenn die →versicherte Person Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt worden sind, sind für uns die dort getroffenen Feststellungen über

- den Eintritt, die Stufe und die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sowie
- eine vollstationäre oder teilstationäre Pflegebedürftigkeit maßgebend. In diesem Fall genügt uns die Vorlage entsprechender Nachweise.

(2) Feststellung bei fehlendem Nachweis durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung

a) Unser Überprüfungsrecht (Grundsatz)

Soweit eine Feststellung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung nach Absatz 1 fehlt, müssen

- der Eintritt, die Stufe und die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sowie
- eine vollstationäre oder teilstationäre Pflegebedürftigkeit von einem von uns beauftragten Arzt oder dem von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung festgestellt werden.

Die Untersuchung erfolgt bei der →versicherten Person zu Hause. Sie kann auch außerhalb davon erfolgen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen anderenfalls nicht möglich sind.

b) Unser Recht zur wiederholten Prüfung

Für die Überprüfung gilt auch die Maßgabe von § 18 Absatz 2 Satz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Somit können die Feststellungen in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden. Ob ein angemessener Zeitabstand vorliegt, bemisst sich im Einzelfall nach den bei der unmittelbar zurückliegenden Feststellung abgegebenen Empfehlungen. Hierfür sind maßgeblich:

- die dort getroffenen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit sowie
- die Prognose über deren weitere Entwicklung.

Etwas anderes gilt, wenn eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse eintritt. In diesem Fall können wir eine wiederholende Untersuchung auch zu einem früheren Zeitpunkt vornehmen lassen.

2.2.1.3 Wer trägt die Kosten für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

Die Kosten der Untersuchungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 tragen wir.

Etwas anderes gilt jedoch, wenn Sie innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten erneut den Eintritt eines Versicherungsfalles behaupten, ohne dass wir unsere Leistungspflicht anerkennen. In diesem Fall müssen Sie die Kosten der Untersuchungen tragen.

2.2.1.4 Nach welchen Pflegearten unterscheiden wir und wer muss die Pflege erbringen?

Wir zahlen das Pflegetagegeld nach diesem Tarif für häusliche, teil- und vollstationäre Pflege. Diese Pflegearten und ihre Leistungserbringer zeichnen sich wie folgt aus:

(1) Häusliche Pflege und ihre Leistungserbringer

a) Häusliche Pflege

Die häusliche Pflege wird auch als ambulante Pflege bezeichnet. Bei ihr wird die →versicherte Person zu Hause gepflegt. Als ihr zu Hause gelten:

- Die Wohnung oder das Haus, in dem die versicherte Person lebt.
- Ein Seniorenheim oder eine andere Einrichtung, in der sie wohnt.

b) Erbringer der häuslichen Pflege

Die häusliche Pflege muss durch geeignete Pflegefachkräfte oder durch Pflegepersonen erbracht werden.

aa) Pflegefachkraft

Pflegefachkräfte sind geeignet, wenn sie eine Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung als Gesundheits- und Krankenpfleger absolviert haben.

bb) Pflegeperson

Die häusliche Pflege kann auch durch eine Pflegeperson erbracht werden. Pflegepersonen sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen pflegen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer).

(2) Teil- und vollstationäre Pflege in Pflegeheimen

a) Teilstationäre Pflege

Die →versicherte Person ist nur tagsüber oder nachts in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht. Sie wird dort außerdem nur in diesen Zeiten verpflegt.

b) Vollstationäre Pflege

Die →versicherte Person ist ganztägig in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht. Sie wird dort während der gesamten Zeit verpflegt. Hierzu gehört auch die vorübergehende vollstationäre Pflege in Situationen, in denen häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist (Kurzzeitpflege).

c) Stationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim)

aa) Begriffserläuterung "stationäre Pflegeeinrichtung"

Eine stationäre Pflegeeinrichtung verlangt folgende 2 Voraussetzungen:

- Es ist eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung.
- Dort werden Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt.

bb) Keine stationären Pflegeeinrichtungen im vertraglichen Sinne

Keine stationären Pflegeeinrichtungen im vertraglichen Sinne sind stationäre Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Das sind zum einen Krankenhäuser. Außerdem zählen hierzu sonstige stationäre Einrichtungen, bei denen einer der folgenden Zwecke im Vordergrund steht:

- Leistungen zur medizinischen Vorsorge,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft oder
- die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen.

Bei Aufenthalten in diesen Einrichtungen sind wir grundsätzlich nicht leistungspflichtig für voll- oder teilstationäre Pflege. Ein Anspruch auf Leistungen wegen häuslicher Pflege (siehe Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1) ändert sich nicht. Wenn sich die →versicherte Person zudem während einer häuslichen, teil- oder vollstationären Pflege in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung befindet, gilt zusätzlich Ziffer 2.2.1.7.

2.2.1.5 In welcher Höhe zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

(1) Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege

Die Höhe des Pflegetagegelds für häusliche und teilstationäre Pflege hängt von folgenden Bedingungen ab:

- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Die für sie festgestellte Pflegestufe nach Ziffer 2.2.1.1.
- Die Feststellung der häuslichen oder teilstationären Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 2.2.1.2).

Wir zahlen bei häuslicher oder teilstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:

- 30 Prozent bei Zuordnung zur Pflegestufe I.
- 60 Prozent bei Zuordnung zur Pflegestufe II.
- 100 Prozent bei Zuordnung zur Pflegestufe III.

Das machen wir für jeden Tag der häuslichen oder teilstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage). Wir zahlen das Pflegetagegeld außerdem in gleicher Höhe, wenn die häusliche Pflege nicht durch eine Pflegefachkraft, sondern durch eine Pflegeperson vorgenommen wird. Vergleichen Sie zu den genannten Leistungserbringern bitte auch Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1. Pflegepersonen können danach Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer sein.

(2) Höhe des Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege

Die Höhe des Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege ist unabhängig von der bei der →versicherten Person festgestellten Pflegestufe gemäß Ziffer 2.2.1.1. Die Höhe hängt aber von folgenden Bedingungen ab:

- Die Höhe des nach diesem Tarif für die versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Die Feststellung der vollstationären Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 2.2.1.2).

Wir zahlen bei vollstationärer Pflege den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:

- 100 Prozent

Das machen wir für jeden Tag der vollstationären Pflege (auch für Sonn- und Feiertage).

2.2.1.6 Ab wann zahlen wir Pflegetagegeld nach diesem Tarif?

Wir zahlen im vertraglichen Umfang monatlich rückwirkend mit Beginn folgender Zeitpunkte:

- Ab dem Tag, für den von der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung der Leistungsbeginn mitgeteilt worden ist (siehe Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1).
- Ab dem Tag, für den durch den von uns beauftragten Arzt oder medizinischen Dienst die Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist. Dies setzt voraus, dass eine Feststellung durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung fehlt (siehe Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2).

2.2.1.7 In welchen Fällen zahlen wir ein Pflegetagegeld weiter?

(1) Erweiterung der Leistungszusage für häusliche und teilstationäre Pflege

Wenn sich die →versicherte Person während einer häuslichen oder teilstationären Pflege in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

befindet, zahlen wir das Pflegetagegeld in unveränderter Höhe für häusliche und teilstationäre Pflege gemäß Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1 weiter. In diesem Fall besteht aber kein Anspruch auf Zahlung eines Pflegetagegelds für vollstationäre Pflege.

(2) Erweiterung der Leistungszusage für vollstationäre Pflege

Wenn sich die →versicherte Person während einer vollstationären Pflege in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,
- stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung

befindet, zahlen wir das Pflegetagegeld für vollstationäre Pflege in unveränderter Höhe gemäß Ziffer 2.2.1.5 Absatz 2 weiter.

Das gilt auch, wenn diese Behandlung in einer stationären Einrichtung nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfolgt. Insoweit verzichten wir auf den Ausschluss nach Ziffer 2.2.1.4 Absatz 2 c) bb) Sätze 1 bis 4.

Das bedeutet auch: Wenn sich die versicherte Person in einer anderen sonstigen stationären Einrichtung nach § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) befindet, kann somit nur ein Anspruch auf Pflegetagegeld für häusliche Pflege nach Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1 bestehen. Mit einer anderen sonstigen stationären Einrichtung meinen wir dabei eine Einrichtung, bei der einer der folgenden Zwecke im Vordergrund steht:

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft oder
- die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen.

2.2.1.8 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.2.2 Betreuungsgeld bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.2.1 Welche Voraussetzungen müssen für die Zahlung des Betreuungsgelds erfüllt sein?

2.2.2.2 Wer muss den erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf feststellen?

- 2.2.2.3 Wer trägt die Kosten für die Feststellung des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs?
- 2.2.2.4 In welcher Höhe zahlen wir Betreuungsgeld nach diesem Tarif?
- 2.2.2.5 Ab wann zahlen wir Betreuungsgeld nach diesem Tarif?
- 2.2.2.6 In welchen Fällen zahlen wir ein Betreuungsgeld weiter?
- 2.2.2.7 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Bei einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf der →versicherten Person ist folgendes Betreuungsgeld versichert:

2.2.2.1 Welche Voraussetzungen müssen für die Zahlung des Betreuungsgelds erfüllt sein?

(1) Hilfebedarf bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz

a) Besondere Leistungsvoraussetzungen

Wir zahlen das Betreuungsgeld, wenn für die →versicherte Person folgende Feststellungen getroffen worden sind:

- Sie hat einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 45 a Absatz 1 Nummer 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Dieser Bedarf erreicht aber nicht das Ausmaß der Pflegestufe I nach Ziffer 2.2.1.1 Absatz 1.
- Außerdem hat die versicherte Person eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung. Sie ist dadurch dauerhaft in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt.

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie meinen, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

b) Begriffserläuterung "dauerhaft erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz"

Ob die →versicherte Person nach Absatz a) dauerhaft in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, bemisst sich nach § 45 a Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Grundlage für die Beurteilung sind die in dieser Vorschrift aufgelisteten Schädigungen und Fähigkeitsstörungen. Hierzu gehören unter anderem:

- das unkontrollierte Verlassen des Wohnbereichs (Weglaufen/denz),
- das Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen oder
- die Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren.

Die Vorschrift nennt insgesamt 13 Bereiche von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen. Sie zählt diese in einer nummerierten Liste auf. Die Alltagskompetenz ist danach erheblich eingeschränkt, wenn bei der versicherten Person Folgendes festgestellt wird:

- Sie hat wenigstens in 2 dieser Bereiche, davon mindestens einmal aus einem der gesetzlichen Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen.

(2) Kein Betreuungsgeld bei Zuordnung zu einer Pflegestufe

Wenn die →versicherte Person anhand ihrer Pflegebedürftigkeit einer der 3 Pflegestufen nach Ziffer 2.2.1.1 zugeordnet worden ist (Pflegebedürftige einer Pflegestufe), zahlen wir kein Betreuungsgeld.

2.2.2.2 Wer muss den erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf feststellen?

(1) Feststellungen durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung (Grundsatz)

Wenn die →versicherte Person Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt worden sind, sind für uns die dort getroffenen Feststellungen über den erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf maßgebend. In diesem Fall genügt uns die Vorlage entsprechender Nachweise.

(2) Feststellung bei fehlendem Nachweis durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung

a) Unser Überprüfungsrecht (Grundsatz)

Soweit eine Feststellung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung nach Absatz 1 fehlt, muss der erhebliche allgemeine Betreuungsbedarf von einem von uns beauftragten Arzt oder dem von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung festgestellt werden.

Die Untersuchung erfolgt bei der →versicherten Person zu Hause. Sie kann auch außerhalb davon erfolgen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen anderenfalls nicht möglich sind.

b) Unser Recht zur wiederholten Prüfung

Für die Überprüfung gilt auch die Maßgabe von § 18 Absatz 2 Satz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Somit können die Feststellungen in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden. Ob ein angemessener Zeitabstand vorliegt, bemisst sich im Einzelfall nach den bei der unmittelbar zurückliegenden Feststellung abgegebenen Empfehlungen. Hierfür sind maßgeblich:

- die dort getroffenen Feststellungen zum erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf sowie
- die Prognose über deren weitere Entwicklung.

Etwas anderes gilt, wenn eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse eintritt. In diesem Fall können wir eine wiederholende Untersuchung auch zu einem früheren Zeitpunkt vornehmen lassen.

2.2.2.3 Wer trägt die Kosten für die Feststellung des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs?

Die Kosten der Untersuchungen zur Feststellung des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach Ziffer 2.2.2.2 Absatz 2 tragen wir.

Etwas anderes gilt jedoch, wenn Sie innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten erneut den Eintritt eines Versicherungsfalls behaupten, ohne dass wir unsere Leistungspflicht anerkennen. In diesem Fall müssen Sie die Kosten der Untersuchungen tragen.

2.2.2.4 In welcher Höhe zahlen wir Betreuungsgeld nach diesem Tarif?

Die Höhe des Betreuungsgelds hängt von folgenden Bedingungen ab:

- Die Höhe des nach diesem Tarif für die →versicherte Person versicherten Tagessatzes.
- Die Feststellung des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs (siehe Ziffer 2.2.2.2).

Wir zahlen bei einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf den nach diesem Tarif versicherten Tagessatz in folgender Höhe:

- 30 Prozent.

Das machen wir für jeden Tag des Betreuungsbedarfs (auch für Sonn- und Feiertage).

2.2.2.5 Ab wann zahlen wir Betreuungsgeld nach diesem Tarif?

Wir zahlen im vertraglichen Umfang monatlich rückwirkend mit Beginn folgender Zeitpunkte:

- Ab dem Tag, für den von der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung der Leistungsbeginn mitgeteilt worden ist (siehe Ziffer 2.2.2.2 Absatz 1).
- Ab dem Tag, für den durch den von uns beauftragten Arzt oder medizinischen Dienst der erhebliche allgemeine Betreuungsbedarf festgestellt worden ist. Dies setzt voraus, dass eine Feststellung durch die private oder soziale Pflege-Pflichtversicherung fehlt (siehe Ziffer 2.2.2.2 Absatz 2).

2.2.2.6 In welchen Fällen zahlen wir ein Betreuungsgeld weiter?

Wenn sich die →versicherte Person in einer

- vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus,

- einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder
- einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung befindet, zahlen wir das Betreuungsgeld in unveränderter Höhe gemäß Ziffer 2.2.2.4 weiter.

2.2.2.7 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.2.3 Individuelle Pflegebegleitung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.3.1 Welche Grundsätze gelten für die Erbringung der individuellen Pflegebegleitung?

2.2.3.2 Welche Leistungen der individuellen Pflegebegleitung erbringen wir nach diesem Tarif?

2.2.3.3 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

2.2.3.1 Welche Grundsätze gelten für die Erbringung der individuellen Pflegebegleitung?

Die individuelle Pflegebegleitung erfolgt ergänzend zur Pflegeberatung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung. Wir erbringen die Leistungen gegenüber

- der →versicherten Person,
- nahen Angehörigen gemäß § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) - wie zum Beispiel Eltern, Groß- oder Schwiegereltern, Ehe- oder Lebenspartner oder Kinder - und
- Pflegepersonen (siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1 b) bb)).

Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erbringen wir die Leistungen ausschließlich in Deutschland und sie beziehen sich auf Pflegeleistungen und Angebote in Deutschland.

2.2.3.2 Welche Leistungen der individuellen Pflegebegleitung erbringen wir nach diesem Tarif?

(1) Unser Beratungsangebot telefonisch oder vor Ort

Wir bieten während der gesamten Vertragsdauer telefonisch oder auf Wunsch bei der →versicherten Person zu Hause folgende Leistungen:

- Wir beraten über Pflegeleistungen verschiedener Träger, wie zum Beispiel der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung und der Sozialhilfe.
- Wir unterstützen bei der Beantragung von Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Außerdem beraten wir über, nennen und vermitteln:

- Pflegeleistungen, wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 2 c)), Einrichtungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege. Diese Leistungen erbringen wir innerhalb von 24 Stunden nach der Anfrage.
- Pflegeschulungen für Pflegepersonen (siehe Ziffer 2.2.1.4 Absatz 1 b) bb)) der versicherten Person.
- Informationen zur Prävention (zum Beispiel Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung).
- Demenzberatung.
- Psychosoziale Beratung und Begleitung.
- Angebote von Selbsthilfegruppen, psychologischen Einrichtungen, Verbänden oder sonstigen Institutionen im Gesundheitswesen.
- Wohnumfeldberatungen.
- behindertengerechte Umgestaltung von Fahrzeugen.

Auch diese Leistungen erbringen wir während der gesamten Vertragsdauer telefonisch oder auf Wunsch bei der versicherten Person zu Hause.

(2) Weitere rein telefonische Beratungen

Wir beraten über, nennen und vermitteln außerdem während der gesamten Vertragsdauer telefonisch:

- Assistenzleistungen, wie zum Beispiel Erledigung von Einkäufen und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Unterbringung von Haustieren, Gartenpflege und Schneeräumdienst.
- Angebote im Bereich Freizeit, Bildung und Reise.

2.2.3.3 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.2.4 Haus-Notruf-Service in Deutschland

2.2.4.1 Welche Aufwendungen für ein Haus-Notruf-System ersetzen wir?

(1) Versicherte Leistungen

a) Unser Aufwendungsersatz

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- ein Haus-Notruf-System. Dies umfasst die Aufwendungen für ein Haus-Notruf-Gerät samt Sender und für die Notruf-Hotline.
- den Schlüssel- und Einsatzdienst.

Das setzt voraus:

- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig oder hat einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf. Bitte vergleichen Sie zu diesen Begriffen Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein sowie Ziffer 2.2.2.1.
- Das System ist von einem Träger der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung anerkannt. Das ist jeder Träger der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.
- Das Haus-Notruf-Gerät und der Sender werden außerdem in der deutschen Wohnung der versicherten Person eingerichtet. Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt in diesem Fall nicht.

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz der Aufwendungen ist auf höchstens 30 Euro pro →versicherte Person und Monat begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung

Wenn für die →versicherte Person aus der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen für ein Haus-Notruf-System besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.

2.2.4.2 Muss eine Wartezeit verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeit nach Ziffer 1.1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt.

2.2.5 Weltweiter Versicherungsschutz (Automatische Fortsetzung mit besonderen Regelungen)

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.5.1 Was bedeutet "weltweiter Versicherungsschutz"?

2.2.5.2 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

2.2.5.3 Was gilt für unsere Rechte, um die Leistungsvoraussetzungen zu überprüfen?

2.2.5.4 Wo finden die Untersuchungen zur Pflegebedürftigkeit oder zum erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf statt?

2.2.5.5 Welche Einschränkungen bestehen für unsere Kostentragung bei Untersuchungen?

2.2.5.1 Was bedeutet "weltweiter Versicherungsschutz"?

(1) Grundsätzlicher Geltungsbereich

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz, wenn sich die →versicherte Person

- in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union,
 - in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder
 - in der Schweiz
- aufhält (grundsätzlicher Geltungsbereich).

(2) Automatischer Versicherungsschutz außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs (weltweiter Versicherungsschutz)

Wenn sich die →versicherte Person

- vorübergehend oder dauerhaft
 - in einem Staat außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs
- aufhält,

setzt sich der Vertrag automatisch fort (weltweiter Versicherungsschutz). Sie müssen die Fortsetzung des Tarifs nicht gesondert von uns verlangen. Für den weltweiten Versicherungsschutz gelten aber die besonderen Regelungen nach Ziffer 2.2.5.

(3) Leistungen auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit oder bestehendem Betreuungsbedarf

Wir erbringen die Tarifleistungen auch, wenn

- die Pflegebedürftigkeit oder der erhebliche allgemeine Betreuungsbedarf
- bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen.

Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands oder eine Steigerung des Hilfebedarfs eintritt.

2.2.5.2 Welche Regelungen gelten für den weltweiten Versicherungsschutz?

(1) Maßgebliche Versicherungsbedingungen

Ab Beginn des Auslandsaufenthalts außerhalb des grundsätzlichen Geltungsbereichs sind die Regelungen nach Ziffer 2.2.5 einschlägig.

Es gelten außerdem die Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Teil A Ziffer 1) und die Tarifbedingungen, soweit sie nicht durch die Regelungen in den Ziffern 2.2.5.2 bis 2.2.5.5 geändert werden.

(2) Unveränderter Versicherungsschutz

Die Regelung in Absatz 1 bedeutet vor allem, dass wir das Pflegetage- und das Betreuungsgeld in unveränderter Höhe zahlen (siehe dazu Ziffern 2.2.1.5 und 2.2.2.4). Entsprechendes gilt zum Beispiel auch für die Regelungen zur Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung (Ziffer 2.4) oder über Tagessatzerhöhungen (Ziffer 2.5). Diese gelten ebenfalls unverändert.

2.2.5.3 Was gilt für unsere Rechte, um die Leistungsvoraussetzungen zu überprüfen?

Auch bei einem weltweiten Versicherungsschutz dürfen wir wie folgt die Leistungsvoraussetzungen überprüfen:

(1) Unser Recht zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen (Grundsatz)

Die Fälligkeit der Versicherungsleistungen richtet sich nach Ziffer 1.2.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Wir behalten uns vor, die Erhebungen nach Ziffer 1.2.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein jederzeit vorzunehmen.

(2) Besonderheiten bei Überprüfungen zur Pflegebedürftigkeit oder zum erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf

Wenn wir Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit oder Feststellungen zum erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf überprüfen lassen wollen, gilt Folgendes:

Für die Überprüfung gilt auch die Maßgabe von § 18 Absatz 2 Satz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Somit können die Feststellungen in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden. Ob ein angemessener Zeitabstand vorliegt, bemisst sich im Einzelfall nach den bei der unmittelbar zurückliegenden Feststellung abgegebenen Empfehlungen. Hierfür sind maßgeblich:

- die dort getroffenen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit oder zum erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf sowie
- die Prognose über deren weitere Entwicklung.

Etwas anderes gilt, wenn eine wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse eintritt. In diesem Fall können wir eine wiederholende Untersuchung auch zu einem früheren Zeitpunkt vornehmen lassen.

2.2.5.4 Wo finden die Untersuchungen zur Pflegebedürftigkeit oder zum erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf statt?

(1) Untersuchungen im Aufenthaltsland (Grundsatz)

Der Ort der Untersuchung richtet sich nach Ziffern 2.2.1.2 und 2.2.2.2. Danach finden Untersuchungen zu Feststellungen

- zur Pflegebedürftigkeit oder
- zum erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf grundsätzlich im Aufenthaltsland der →versicherten Person statt.

Wenn durch die Untersuchungen Mehrkosten entstehen, müssen Sie diese tragen (siehe Ziffer 2.2.5.5 Absatz 1).

(2) Besonderheit: Untersuchungen in Deutschland

Sie können von uns verlangen, dass die Untersuchung abweichend von Absatz 1 in Deutschland durchgeführt wird.

Die damit zusammenhängenden Reisekosten übernehmen wir nicht (siehe Ziffer 2.2.5.5 Absatz 2).

2.2.5.5 Welche Einschränkungen bestehen für unsere Kostentragung bei Untersuchungen?

(1) Untersuchungen im Aufenthaltsland

Nach Ziffern 2.2.1.3 und 2.2.2.3 tragen wir grundsätzlich die Kosten für Untersuchungen im Aufenthaltsland der →versicherten Person.

Unsere Kostentragung nach Satz 1 ist aber in folgendem Fall eingeschränkt:

- Die Untersuchung im Aufenthaltsland führt zu Mehrkosten.
- Mehrkosten sind die Kosten, die höher sind als jene Kosten, die für eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt oder den von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflege-Pflichtversicherung innerhalb Deutschlands entstanden wären (Grundkosten).

Dann tragen Sie die Mehrkosten und wir übernehmen die Grundkosten.

(2) Untersuchungen in Deutschland

Wenn nach Ziffer 2.2.5.4 Absatz 2 eine Untersuchung innerhalb Deutschlands gewünscht wird, tragen wir die Untersuchungskosten. Wir ersetzen aber nicht die Aufwendungen, die für die Reise der →versicherten Person zu und von der Untersuchung entstehen.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

(1) Ausschluss der Leistungspflicht bei Pflegebedürftigkeit

Wir leisten nicht für Pflegebedürftigkeit

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

(2) Ausschluss der Leistungspflicht bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Wir leisten nicht bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

- a) als Folge einer Krankheit oder Behinderung, die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

- b) als Folge einer Krankheit oder Behinderung, deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

2.4 Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung

Unter welchen Voraussetzungen sind Sie von der Beitragspflicht befreit?

(1) Voraussetzungen der Beitragsbefreiung

Sie müssen keinen Beitrag für die →versicherte Person zahlen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person ist der Pflegestufe III zugeordnet. Bitte vergleichen Sie Ziffer 2.2.1.1 Absatz 3.
- Für sie besteht außerdem ein Anspruch auf Pflegetagegeld-Zahlung nach diesem Tarif.

(2) Beginn und Ende der Beitragsbefreiung

Die Beitragsbefreiung gilt rückwirkend. Sie beginnt zum Ersten des Monats, in dem unsere Leistungspflicht für die Pflegestufe III nach diesem Tarif besteht. Sie endet mit Ablauf des Monats, in dem Ihr Anspruch für die →versicherte Person nach diesem Tarif auf Pflegetagegeld nach Pflegestufe III entfällt. Das gilt auch, wenn eine Herabsetzung auf Pflegestufe II oder I erfolgt.

2.5 Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes (Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen)

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.5.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?**
- 2.5.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?**
- 2.5.3 Welche Reichweite haben die Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes?**

- 2.5.1 Welche planmäßige Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Dynamisierung)?**

(1) Recht auf Teilnahme an der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes

Solange die →versicherte Person noch nicht 70 Jahre alt ist, erhöhen wir planmäßig den für sie versicherten Tagessatz wie folgt:

- alle 36 Monate,
- um 10 Prozent (kaufmännisch gerundet auf 5 Euro), jedoch um mindestens 5 Euro.

Für die planmäßige Erhöhung müssen jeweils folgende 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person ist in den vorangegangenen 36 Monaten ununterbrochen mit Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif versichert gewesen. Sie ist nicht mit Anspruch auf Leistungen versichert gewesen, wenn dieser Tarif in Form einer →Anwartschaftsversicherung für sie abgeschlossen ist oder ruht.
- Außerdem haben Sie den Tagessatz in dieser Zeit nicht geändert. Eine Änderung des Tagessatzes liegt auch vor, wenn Sie diesen über eine Nachversicherungsoption nach Ziffer 2.5.2 erhöht haben.

Wir verzichten bei der planmäßigen Erhöhung auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Unsere vorherige Information über die Erhöhung

Wir werden Sie in jedem Jahr, in dem für die →versicherte Person eine planmäßige Erhöhung des Tagessatzes nach Absatz 1 erfolgt, in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) im Voraus über

- den erhöhten Tagessatz,
- den nach der Erhöhung maßgeblichen Beitrag,
- den Zeitpunkt, zu dem die Erhöhung wirksam wird, sowie
- die Frist, innerhalb derer der planmäßigen Erhöhung für die versicherte Person widersprochen werden kann,

informieren.

(3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(4) Ihr Widerspruchsrecht

Sie können der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes

- für alle davon betroffenen →versicherten Personen,
- zum Ende des Monats, der dem Monat folgt, in dem die planmäßige Erhöhung wirksam wird, rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung

→schriftlich widersprechen. Wir weisen Sie auf die Folgen des Fristablaufs in unserer vorherigen Information nach Absatz 2 hin.

(5) Erlöschen und Neubegründung des Rechts auf Dynamisierung

a) Erlöschen des Rechts und unsere Informationspflicht

Wenn Sie 3 aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes für die →versicherte Person widersprechen, erlischt insoweit das Recht auf Teilnahme an zukünftigen planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes.

Wir werden Sie mit der Information über die planmäßige Erhöhung des Tagessatzes im Voraus auf die Folgen eines Widerspruchs nach Satz 1 hinweisen. Das machen wir, wenn Sie unmittelbar zuvor 2 aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes für die versicherte Person widersprochen haben.

b) Neubegründung des Rechts

Wenn das Recht auf Teilnahme an künftigen planmäßigen Erhöhungen nach Absatz a) Satz 1 erloschen ist und nachträglich für die →versicherte Person eine Erhöhung des Tagessatzes mit Gesundheitsprüfung vorgenommen wird, wird das Recht auf planmäßige Erhöhung des Tagessatzes nach Absatz 1 neu begründet.

- 2.5.2 Welche weitere Erhöhung des Tagessatzes bieten wir ohne erneute Gesundheitsprüfung an (Ihre Nachversicherungsoptionen)?**

Nach den folgenden Absätzen sind Sie bei bestimmten Anlässen berechtigt, eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes zu verlangen (Nachversicherungsoptionen).

(1) Anlässe für eine Tagessatzerhöhung

a) Abschluss von Berufsausbildung oder Studium

Die →versicherte Person

- ist noch keine 34 Jahre alt und
- hat eine Berufsausbildung oder ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule erfolgreich abgeschlossen.

Erfolgreich ist ein Abschluss, wenn die versicherte Person die Abschlussprüfung bestanden hat. Der Abbruch der Ausbildung oder des Studiums stehen einem Abschluss nicht gleich.

Die Erhöhung des Tagessatzes ist in diesem Fall nur einmal zulässig. Sie wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

b) Wegfall der Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und für sie ändert sich wie folgt die Absicherung über die Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes:

- Der Anspruch auf Beihilfe entfällt vollständig oder sie gilt nicht mehr als berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Der neue Tagessatz wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem die Absicherung der versicherten Person im Sinne der Sätze 1 und 2 weggefallen ist.

c) Kauf einer Immobilie

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und nimmt ein Darlehen auf, um eine Immobilie zu kaufen. Sie will die Immobilie nach dem Kauf selbst zum Wohnen nutzen und der Kaufpreis beträgt mindestens 100.000 Euro.

Die Erhöhung des Tagessatzes ist in diesem Fall nur einmal zulässig. Sie wird zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

d) Weitere persönliche Anlässe

Die →versicherte Person ist noch keine 70 Jahre alt und es ereignet sich Folgendes:

- ihr leibliches Kind wird geboren oder sie adoptiert ein minderjähriges Kind.
- ihr leibliches Kind oder ihr Adoptivkind stirbt.
- sie heiratet oder begründet eine eingetragene Lebenspartnerschaft.
- ihre Ehe wird geschieden oder ihre eingetragene Lebenspartnerschaft wird aufgehoben.
- ihr Ehegatte oder ihr eingetragener Lebenspartner stirbt.

Jedes dieser weiteren persönlichen Ereignisse berechtigt für sich genommen zu einer Erhöhung des Tagessatzes. Sie können pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit jedoch höchstens insgesamt zweimal wegen dieser Ereignisse eine Erhöhung des Tagessatzes verlangen. Die Erhöhung wird zu Beginn des Monats

wirksam, der auf den Zugang Ihres Erhöhungsverlangens bei uns folgt.

(2) Besonderheiten für Ihren Anspruch auf Tagessatzerhöhung

a) Betragsmäßige Begrenzung der Tagessatzerhöhung

Sie sind berechtigt, die Erhöhung um jeweils bis zu 30 Prozent (aufgerundet auf die nächste 5-Euro-Stufe), jedoch um höchstens 30 Euro, zu verlangen.

b) 6-Monatsfrist für Ihr Erhöhungsverlangen

Sie müssen jede Erhöhung des Tagessatzes innerhalb von 6 Monaten nach dem Anlass von uns verlangen.

c) Keine erneute Gesundheitsprüfung

Wir verzichten bei der Erhöhung auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Beitragsberechnung für die Tagessatzerhöhung

Für die Beitragsberechnung gilt Ziffer 1.6.2 Absätze 1 bis 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.

(4) Ausschluss des Rechts auf Tagessatzerhöhungen

Eine Erhöhung des Tagessatzes ist ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person

- zum Zeitpunkt des Erhöhungsverlangens
- pflegebedürftig ist oder einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf hat.

Vergleichen Sie zu diesen Begriffen bitte auch Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein sowie Ziffer 2.2.2.1.

2.5.3 Welche Reichweite haben die Regelungen zur Erhöhung des Tagessatzes?

(1) Reichweite von Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen

Die Regelungen nach Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 gelten auch für die Erhöhung des Tagessatzes nach dem folgenden Tarif:

- Sie haben bei uns einen weiteren Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen.
- Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PZTB03 für häusliche oder teilstationäre Pflege in den Pflegestufen I und II.
- Er enthält Regelungen zu Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen.

Das bedeutet: Eine Erhöhung nach diesen vertraglichen Regelungen umfasst nicht nur den Tagessatz nach diesem Tarif. Denn darüber hinaus erweitert sich gleichzeitig der Versicherungsschutz nach dem ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif. Im Übrigen gelten insoweit die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif.

(2) Recht zur Erhöhung des Tagessatzes außerhalb von Dynamisierung und Nachversicherungsoptionen

Sie können bei uns unabhängig von den Regelungen nach Ziffern 2.5.1 und 2.5.2 eine Erhöhung des versicherten Tagessatzes beantragen.

Wenn unser Recht auf erneute Gesundheitsprüfung nicht vertraglich ausgeschlossen ist, sind wir berechtigt, einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen, wenn bei der →versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt (siehe Ziffer 1.6.2 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein). Außerdem können wir den Antrag auf Erweiterung des Versicherungsschutzes auch ablehnen.

2.6 Befreiung von einer besonderen Obliegenheit und Informationspflicht

2.6.1 Ist unsere Einwilligung erforderlich, wenn eine weitere Versicherung abgeschlossen oder erhöht wird?

Sie müssen nicht unsere Einwilligung einholen, wenn für die →versicherte Person eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Pflegetagegeld oder Betreuungsgeld abgeschlossen oder erhöht wird. Die →Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

Die sonstigen besonderen Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.6.2 Müssen Sie uns informieren, wenn die versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird?

Nach diesem Tarif sind wir auch leistungspflichtig, wenn die →versicherte Person aufgrund richterlicher Anordnung untergebracht wird und die übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Deshalb müssen Sie uns nicht über eine solche Unterbringung gesondert informieren. Die Informationspflicht nach Ziffer 1.4 Absatz 3 a) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt damit nicht.

Die sonstigen besonderen Informationspflichten nach Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.

2.7 Ruhen der Versicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.7.1 Was bedeutet "Ruhen der Versicherung"?

2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?

2.7.3 Wie setzt sich die Versicherung fort, nachdem die Ruhenszeit geendet hat?

2.7.4 Welche Reichweite haben die Regelungen zum Ruhen der Versicherung?

2.7.1 Was bedeutet "Ruhen der Versicherung"?

(1) Keine vertraglichen Rechte und Pflichten (Grundsatz)

Während der Ruhenszeit gelten für Sie und uns keine vertraglichen Rechte und Pflichten. Das bedeutet insbesondere:

- Sie müssen keine Beiträge zahlen.
- Sie nehmen nicht an der Dynamisierung teil.
- Wir müssen keine Versicherungsleistungen erbringen.

Die Regelungen nach Ziffer 2.7 zum Ruhen der Versicherung gelten aber unverändert. Außerdem gelten Rechte, die sich unmittelbar aus dem Gesetz (zum Beispiel Versicherungsvertragsgesetz - VVG) ergeben, auch während der Ruhenszeit.

(2) Besonderheiten für die Nachversicherungsoptionen

Wenn für die →versicherte Person während der Ruhenszeit ein Anlass zur Tagessatzerhöhung nach Ziffer 2.5.2 eintritt, gilt Folgendes:

- Sie müssen jede Ausübung der Nachversicherungsoption und Erhöhung des Tagessatzes innerhalb von 6 Monaten nach dem Anlass bei uns anmelden. Sie können die Erhöhung frühestens mit Wirkung zum Fortsetzungstermin nach Ziffer 2.7.3 Absatz 1 ausüben.
- Die Begrenzung der Tagessatzerhöhung nach Ziffer 2.5.2 Absatz 2 a) gilt auch für die Anmeldung.
- Nachdem der Vertrag im Anschluss an die Ruhenszeit fortgesetzt wird (siehe dazu bitte Ziffer 2.7.3), erhöhen wir für die versicherte Person den Tagessatz im vertraglichen Umfang.
- Sie können der Tagessatzerhöhung innerhalb von 14 Tagen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widersprechen, nachdem Sie von uns den geänderten Versicherungsschein erhalten haben.

2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Versicherung ruhen lassen?

Nach den folgenden Absätzen sind Sie bei bestimmten Anlässen berechtigt, das Ruhen der Versicherung zu verlangen.

(1) Anlässe für ein Ruhen der Versicherung

a) Arbeitslosigkeit

Die →versicherte Person ist arbeitslos und hat Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III).

Sie können das Ruhen der Versicherung wegen Arbeitslosigkeit pro versicherte Person während der Vertragslaufzeit nur einmal verlangen.

Die Ruhenszeit beträgt 12 aufeinanderfolgende Monate. Sie beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihres Verlangens auf Ruhendstellung bei uns folgt. Sie endet automatisch mit Ablauf von 12 Monaten.

b) Elternzeit

Die →versicherte Person befindet sich in Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG).

Sie können das Ruhen der Versicherung pro versicherte Person und Kind nur einmal verlangen. Sie können zwischen einer Ruhenszeit von

- 12,
- 24 oder
- 36

aufeinanderfolgenden Monaten wählen. Diese Wahl müssen Sie treffen, wenn Sie das Ruhen der Versicherung verlangen.

Die Ruhenszeit beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihres Verlangens auf Ruhendstellung bei uns folgt. Sie endet automatisch mit Ablauf der vereinbarten Monatszahl.

(2) Besonderheiten für Ihr Verlangen auf Ruhendstellung

Sie müssen jedes Ruhen der Versicherung

- innerhalb von 3 Monaten nach dem Anlass
- →schriftlich

von uns verlangen.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen ruhen stellen wollen, müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von Ihrem Verlangen Kenntnis erlangt haben.

(3) Ausschluss des Rechts auf Ruhen der Versicherung

Ein Ruhen der Versicherung ist in folgenden Fällen ausgeschlossen. Maßgeblich ist jeweils der Zeitpunkt Ihres Verlangens auf Ruhendstellung.

- Die →versicherte Person ist pflegebedürftig oder hat einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf. Bitte vergleichen Sie zu diesen Begriffen auch Ziffern 1.1.1 und 1.1.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein sowie Ziffer 2.2.2.1.
- Der Vertrag besteht für die versicherte Person noch keine 12 aufeinanderfolgende Monate. Diese 12-Monatsfrist rechnet von dem für die versicherte Person vereinbarten Versicherungsbeginn an.

2.7.3 Wie setzt sich die Versicherung fort, nachdem die Ruhenszeit geendet hat?

(1) Grundsätze

a) Fortsetzung der vertraglichen Rechte und Pflichten

Abhängig davon, aus welchem Anlass Sie das Ruhen der Versicherung verlangt haben, beträgt die Ruhenszeit 12 bis 36 Monate. Bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.7.2 Absatz 1.

Mit Ablauf der Ruhenszeit setzt sich der Vertrag für die →versicherte Person mit allen Rechten und Pflichten fort. Das bedeutet insbesondere:

- Sie sind ab dem Tag der Fortsetzung (Fortsetzungstermin) zur Beitragszahlung verpflichtet.
- Sie nehmen im vertraglichen Umfang an der Dynamisierung teil.

- Wir schulden die Versicherungsleistungen im vertraglichen Umfang.

Wenn der Versicherungsfall während der Ruhenszeit eingetreten ist, erbringen wir die Versicherungsleistungen erst ab dem Fortsetzungstermin.

b) Beitragsberechnung

Wir berechnen Ihren Beitrag wie folgt:

- Wir berücksichtigen die zum Fortsetzungstermin erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person.
- Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

(2) Vertragsänderungen während der Ruhenszeit

Wenn wir während der Ruhenszeit den Beitrag oder einen vereinbarten Risikozuschlag anpassen oder Versicherungsbedingungen ändern, gelten diese Änderungen für die →versicherte Person erst für die Zeit nach dem Ruhen. Denn nach Ablauf der Ruhenszeit beziehen wir sie nach Ziffern 1.7.1.1 und 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein in den Vertrag ein.

Für Tagessatzerhöhungen durch Nachversicherungsoptionen, die Sie während der Ruhenszeit angemeldet haben, gilt Ziffer 2.7.1 Absatz 2.

2.7.4 Welche Reichweite haben die Regelungen zum Ruhen der Versicherung?

Ein Ruhen der Versicherung nach diesem Tarif führt auch zum Ruhen der Versicherung in folgendem Tarif:

- Sie haben bei uns einen weiteren Pflegetagegeld-Zusatztarif abgeschlossen.
- Dieser Tarif ergänzt gezielt den Tarif PZTB03 für häusliche oder teilstationäre Pflege in den Pflegestufen I und II.
- Er enthält Regelungen zum Ruhen der Versicherung.

Das bedeutet: Ein Ruhen nach diesen vertraglichen Regelungen betrifft nicht nur die vertraglichen Rechte und Pflichten nach diesem Tarif. Denn darüber hinaus ruhen auch die vertraglichen Rechte und Pflichten nach dem ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif. Im Übrigen gelten insoweit die Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) für den ergänzenden Pflegetagegeld-Zusatztarif.

2.8 Besonderheit für die Kindernachversicherung

Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

Nach Ziffer 1.8.2 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

2.9 Besonderheit für Ihr ordentliches Kündigungsrecht

Unter welchen Voraussetzungen können Sie ordentlich kündigen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Für Ihre ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie müssen sie deshalb in →Schriftform erklären. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Wenn Sie den Tarif für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(2) Ordentliche Kündigung

Für die ordentliche Kündigung gilt Ziffer 1.9.3 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein nicht. Sie können den Tarif stattdessen zum Ende des Monats kündigen, der auf den Zugang Ihrer Kündigungserklärung folgt.

Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung

Ihre weiteren Rechte zur Kündigung oder Aufhebung des Vertrags nach Ziffer 1.9.3 Absätze 3 bis 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gelten unverändert.