

Produktinformationsblatt zur Krankenversicherung Gruppenversicherung

Sie möchten bei uns eine Kranken- bzw. Pflegeversicherung abschließen. Mit den folgenden Informationen geben wir Ihnen hierzu einen Überblick. Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus den folgenden Unterlagen:

- Ihrer Beitrittserklärung bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
- dem Gruppenversicherungsvertrag
- dem Versicherungsausweis
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Die angebotene bzw. beantragte Versicherung ist eine private Kranken- bzw. Pflegeversicherung.

Welche Leistungen sind versichert, welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Person 1 Person 2

Pflege Tagegeld PTG

Pflege tagegeldversicherung

Sie haben mit uns ein Pflege tagegeld vereinbart.

Bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege:

Pflegegrad 1 = 30 %

Pflegegrad 2 = 40 %

Pflegegrad 3 = 70 %

Pflegegrad 4 = 100 %,

Pflegegrad 5 = 150 % des vereinbarten Pflege tagegeldes.

Bei vollstationärer Pflege:

Pflegegrade 1 bis 4 = 100 %,

Pflegegrad 5 = 150 % des vereinbarten Pflege tagegeldes.

Pflege telefon

Pflege Zuschuss 100 PZU100

Pflege ergänzungsversicherung

Wir zahlen grundsätzlich den Gegenwert der Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung in gleicher Höhe.

Beihilfeberechtigten zahlen wir grundsätzlich einen Betrag, der der Summe aus der Vorleistung der Beihilfe und der Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung entspricht.

Pflege telefon

Pflege Zuschuss 50 PZU50

Pflege ergänzungsversicherung

Wir zahlen grundsätzlich den Gegenwert der Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung in halber Höhe (50 %).

Beihilfeberechtigten zahlen wir grundsätzlich die Hälfte des Betrages, der der Summe aus der Vorleistung der Beihilfe und der Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung entspricht.

Pflege telefon

KombiMed Pflege KPET

Pflege tagegeldversicherung

Sie haben mit uns ein Pflege tagegeld vereinbart.

Wir leisten bei häuslicher, teilstationärer und vollstationärer Pflege sowie Kurzzeitpflege.

Die Höhe der Leistung hängt vom Pflegegrad und der Art der Pflege ab.

KombiMed Pflege KPEK

Pflege kostenversicherung

Wir leisten bei häuslicher, teilstationärer und vollstationärer Pflege sowie Kurzzeitpflege.

Die Höhe der Leistung hängt vom Pflegegrad und der Art der Pflege ab.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Unsere Leistungen“ bzw. „Der Versicherungsschutz“ sowie die Tarifbestimmungen. Bei Tarif KOPT ist der Punkt „Was ist das Wesen des Optionsrechtes?“ maßgeblich.

Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?

Monatsbeitrag für den gewünschten Versicherungsschutz*				
Beitragsfähigkeit	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
Erstmals zum Versicherungsbeginn	2 0			

*Dieser monatliche Beitrag berücksichtigt keine zusätzlichen Vereinbarungen im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages

Wenn nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag am Ersten eines jeden Monats fällig. Es gilt die im Gruppenversicherungsvertrag hinterlegte Zahlungsweise.

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsausweises zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erst- oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?“ bzw. „Beitragszahlung“.

Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Für Versicherungsfälle, die durch vorsätzliches Handeln oder Kriegsereignisse verursacht wurden, leisten wir grundsätzlich nicht. Dies gilt auch für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen. Bei Tarif KTOG leisten wir nur eingeschränkt für Krankheiten und Unfälle, die in den letzten 24 Monaten vor Antragsstellung zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 21 Tagen geführt haben. In der privaten Pflegepflichtversicherung besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht, solange sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Unter bestimmten Voraussetzungen leisten wir aber auch im Ausland.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?“ bzw. „Einschränkung der Leistungspflicht“.

Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Sie müssen uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrenumstände anzeigen. Dies sind solche Umstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben. Wenn Sie diese Pflicht verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in der Beitrittserklärung bzw. im Anfrageformular nach. Maßgeblich ist der Punkt „Angaben zur Gesundheit“.

Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung mit vergleichbaren Leistungen ist bei bestimmten Tarifen ausgeschlossen bzw. von unserer Unterrichtung und/oder Zustimmung abhängig. Bei der Krankentagegeldversicherung müssen Sie jeden Wechsel des Berufes der versicherten Person unverzüglich anzeigen. Wenn Sie diese Pflicht verletzen, können wir bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein. Unter Umständen sind wir auch zur Kündigung berechtigt.

Bei Tarif KBCK müssen Sie uns die Beendigung des bestehenden stationären Krankenversicherungsschutzes unverzüglich anzeigen.

Bei den Tarifen PZU50/100 müssen Sie uns die Beendigung der gesetzlichen Pflegeversicherung innerhalb eines Monats anzeigen. Wenn Sie diese Pflichten verletzen, können wir ebenfalls ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?“ und „Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?“ bzw. „Obliegenheiten“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte“.

Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben. Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.

Bei der privaten Pflegeergänzungsversicherung müssen Sie uns u. a. den Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzeigen.

Bei der Krankentagegeldversicherung gilt zusätzlich: Die Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns spätestens drei Tage nach dem vereinbarten Leistungsbeginn anzeigen. Sie müssen uns hierzu eine Bescheinigung des Arztes vorlegen. Bei andauernder Arbeitsunfähigkeit müssen Sie unaufgefordert alle zwei Wochen einen neuen Nachweis einreichen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit müssen Sie uns binnen drei Tagen anzeigen.

Wird eine dieser Pflichten verletzt, können wir ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?“ und „Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?“ bzw. „Obliegenheiten“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte“.

Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis genannten Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Etwaige Wartezeiten müssen abgelaufen sein. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Bei der Krankentagegeldversicherung prüfen wir, ob eine Nachleistungspflicht besteht.

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie die Versicherung bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres fortsetzen. Der Tarif KTOG wird für 60 Monate abgeschlossen.

Tarif KOPT endet mit Ablauf des sechsten Versicherungsjahres. Im Fall der Verlängerung endet der Tarif spätestens mit Ablauf von weiteren vier Versicherungsjahren.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?“, „Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wann beginnt sie und wie lange dauert sie?“ bzw. „Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?“, „Gibt es Wartezeiten?“ und „Wann endet der Versicherungsschutz?“ bzw. „Der Versicherungsschutz“. In der Krankentagegeldversicherung ist zusätzlich der Punkt „Welche sonstigen Beendigungsmöglichkeiten gibt es und welche Rechte bestehen bei einer solchen Beendigung?“ bzw. „Sonstige Beendigungsgründe“ maßgeblich, bei Tarif KTOG auch der Punkt „Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?“. In den Ausbildungstarifen ist zusätzlich der Punkt „Wer kann versichert werden?“, „Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende“ bzw. „Ergänzungen und Abweichungen“ maßgeblich. Bei Tarif KOPT sind die Punkte „Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?“ und „Ist eine Verlängerung der Vertragsdauer möglich? Was sind dann die Voraussetzungen für eine Anmeldung zur Krankenversicherung?“ maßgeblich.

Wie kann der Vertrag beendet werden?

Sie können sich von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestversicherungsdauer. Bitte beachten Sie dabei die Fristen. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein zusätzliches Recht zur Abmeldung. Zum Beispiel, wenn sich die Beiträge erhöhen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?“ bzw. „Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie und welche Rechte bestehen bei einer Kündigung?“ bzw. „Ende der Versicherung“.

Kundeninformationsblatt zur Krankenversicherung Gruppenversicherung

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen
(VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoV)

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ihres Tarifs.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln
weitere Postanschrift: 10963 Berlin, Stresemannstraße 111
Sitz: Köln, Aktiengesellschaft, HRB 570, Amtsgericht Köln

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Dr. Clemens Muth, Vorsitzender;
Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Christoph Jurecka, Silke Lautenschläger,
Dr. Sebastian Rapsch, Stephan Schinnenburg
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß

Hauptgeschäft

Die DKV betreibt die private Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV gehört einem Insolvenzschutzfonds an. Dieser stellt sicher, dass in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wahrgenommen.

Versicherungsleistungen und Beitrag

Vertragsgrundlage sind die AVB. Hierzu zählen auch die Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen enthalten abschließende Angaben zu den Leistungen. Im Produktinformationsblatt fassen wir die wichtigsten Bestimmungen noch einmal zusammen. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung.

Zahlungsmodalitäten

Die Zahlungsweise ist monatlich. Sie können aber auch eine viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise wählen. Dies gilt dann, wenn sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben. Wenn nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsausweises zahlen.

Zustandekommen des Vertrages

Die Versicherung kommt mit Zugang der Beitrittserklärung zum Gruppenversicherungsvertrag zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrags. Darüber hinaus beginnt er in bestimmten Tarifen nicht vor dem Ablauf von möglichen Wartezeiten. Bei der Auslandsreise-Krankenversicherung beginnt der Versicherungsschutz zudem nicht vor Beginn des Auslandsaufenthalts. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Widerrufsrecht

Die Widerrufsbelehrung entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung. Sie enthält Angaben zu Ihrem Widerrufsrecht und den Folgen eines Widerrufs.

Versicherungsdauer

In der Gruppenversicherung gibt es grundsätzlich keine Mindestversicherungsdauer. Bei einigen Ergänzungstarifen gibt es hiervon Ausnahmen. Dort beträgt die Mindestversicherungsdauer zwei Versicherungsjahre. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB.

Vertragsbeendigung

Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir abweichend von den AVB auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Ansonsten gilt für alle Versicherungen: Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen nur aus einem wichtigen Grund kündigen. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB.

Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Teilnahme am Gruppenvertrag beenden?

Sie können sich zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

Die Beendigung eines Tarifs, der die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt, hat folgende weitere Voraussetzungen: Für die versicherte Person muss bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen sein. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Nur wenn Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Beendigungserklärung nachweisen, wird Ihre Abmeldung wirksam.

Ihre Abmeldung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB.

Welche Beendigungsgründe gibt es in der Gruppenversicherung?

Die Versicherung endet durch Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem endet sie bei Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.

Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den AVB. Aus diesen ergeben sich auch die weiteren Beendigungsgründe.

Besteht ein Fortführungsrecht?

Endet die Gruppenversicherung können Sie Ihre Versicherung in der Einzelversicherung fortführen. Die Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den AVB.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Außergerichtliche Streitbeilegung

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin,
www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt. Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z. B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Aufsichtsbehörde

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin). Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten. Die Adresse lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Pflege Tagegeld PTG

PFLEGETAGEGELDVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

<p>Wir zahlen ein Pflegetagegeld in vereinbarter Höhe für die Dauer einer Pflegebedürftigkeit.</p> <p>Das Pflegetagegeld können Sie in Stufen von 5 Euro täglich vereinbaren. Das maximale Pflegetagegeld beträgt 160 Euro.</p> <p>Häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege:</p> <p>Wir zahlen von dem vereinbarten Pflegetagegeld:</p> <table border="0"> <tr> <td>In Pflegegrad 1</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 2</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 3</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 4</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 5</td> <td>150%</td> </tr> </table> <p>Vollstationäre Pflege:</p> <p>Wir zahlen von dem vereinbarten Pflegetagegeld:</p> <table border="0"> <tr> <td>In Pflegegrad 1</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 2</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 3</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 4</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>In Pflegegrad 5</td> <td>150%</td> </tr> </table>	In Pflegegrad 1	30%	In Pflegegrad 2	40%	In Pflegegrad 3	70%	In Pflegegrad 4	100%	In Pflegegrad 5	150%	In Pflegegrad 1	100%	In Pflegegrad 2	100%	In Pflegegrad 3	100%	In Pflegegrad 4	100%	In Pflegegrad 5	150%	<p>Zusätzliche Leistung</p> <p>Pflegetelefon – unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/3746 444</p> <p>Erhöhung des Pflegetagegeldes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Erhöhung alle 3 Jahre, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit: 5 Euro. Sie können jeweils widersprechen. • Bei besonderen Anlässen (z.B. Heirat): 5 Euro oder 10 Euro • Bei erstmaligem Bezug einer Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder eines Altersruhegeldes (Pension): 5 Euro oder 10 Euro <p>Das vereinbarte Pflegetagegeld wird auch während einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung weiter gezahlt.</p>
In Pflegegrad 1	30%																				
In Pflegegrad 2	40%																				
In Pflegegrad 3	70%																				
In Pflegegrad 4	100%																				
In Pflegegrad 5	150%																				
In Pflegegrad 1	100%																				
In Pflegegrad 2	100%																				
In Pflegegrad 3	100%																				
In Pflegegrad 4	100%																				
In Pflegegrad 5	150%																				

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	3
2. Was sind unsere Leistungen bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege?	3
3. Was sind unsere Leistungen bei vollstationärer Pflege?	4
4. Welche Tagesgeldhöhe können Sie mit uns vereinbaren?	4
5. Ist eine regelmäßige Erhöhung des Pfl egetagegeldes vorgesehen?	4
6. Aus welchen Anlässen kann das Pfl egetagegeld sonst erhöht werden (Nachversicherungsoption)?	4
7. Welche Serviceleistung erbringen wir?	5
8. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	5
9. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	5
10. Gibt es Wartezeiten?	6
11. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	6
12. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?	6
13. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?	6
14. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	7
15. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	7
16. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?	7

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	7
2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	8
3. Wie berechnen wir die Beiträge?	8
4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	8
5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	9
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	9
7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	9
8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	9
9. Welche Gerichte sind zuständig?	10

Anhang	11
---------------	-----------

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?

1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person im Sinne von § 14 SGB XI (vgl. Anhang, Seite 11).

1.2 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsfall?

Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Diese Feststellung trifft der medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung.

Besteht für die versicherte Person keine gesetzliche Pflegeversicherung - private Pflegepflichtversicherung (PPV) oder soziale Pflegeversicherung (SPV) - trifft die Feststellung der von uns beauftragte medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung.

Der Versicherungsfall endet, wenn die versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig ist.

1.3 Welche Leistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall zahlen wir ein Pfl egetagegeld. Darüber hinaus beraten wir telefonisch zum Thema Pflege.

1.4 In welchem Umfang erbringen wir unsere Leistungen?

Der Umfang unserer Leistungen richtet sich danach, welcher Pflegegrad festgestellt wurde.

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt im Sinne von § 15 SGB XI (vgl. Anhang, Seite 11):

- Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 3 (schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 4 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)
- Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Bei Kindern wird der Pflegegrad anders ermittelt. Hier vergleicht man die Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern. Für pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten gilt eine besondere Regelung. Diese werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

Das vereinbarte Pfl egetagegeld wird auch während einer

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

ohne Unterbrechung weitergezahlt. Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit schon vor Beginn der Behandlung fest stand.

Das Pfl egetagegeld zahlen wir auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise auf einer Suchterkrankung beruht.

2. Was sind unsere Leistungen bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege und teilstationärer Pflege bzw. Kurzzeitpflege?

Wir zahlen von dem vereinbarten Pfl egetagegeld:

- In Pflegegrad 1 30%.
- In Pflegegrad 2 40%.
- In Pflegegrad 3 70%.
- In Pflegegrad 4 100%.
- In Pflegegrad 5 150%.

3. Was sind unsere Leistungen bei vollstationärer Pflege?

Wir zahlen von dem vereinbarten Pfl egetagegeld

- In Pflegegrad 1 100%.
- In Pflegegrad 2 100%.
- In Pflegegrad 3 100%.
- In Pflegegrad 4 100%.
- In Pflegegrad 5 150%.

4. Welche Tagegeldhöhe können Sie mit uns vereinbaren?

Das Pfl egetagegeld können Sie in Stufen von 5 Euro vereinbaren. Sie können mit uns maximal ein Pfl egetagegeld in Höhe von 160 Euro vereinbaren.

5. Ist eine regelmäßige Erhöhung des Pfl egetagegeldes vorgesehen?

Wir erhöhen das Pfl egetagegeld in regelmäßigen Abständen ohne erneute Gesundheitsprüfung um 5 Euro. Voraussetzung ist, dass die maximal abschließbare Summe von 160 Euro nicht überschritten wird.

Die erste Leistungsanpassung erfolgt im Jahr 2018 und danach alle 3 Jahre.
Die Anpassung erfolgt auch nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit.

Wir informieren Sie schriftlich über die Erhöhung des Pfl egetagegeldes. Die Leistungsanpassung wird zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf dieses Schreiben folgt.

Sie können der Erhöhung innerhalb eines Monats widersprechen. Die Frist beginnt mit Zugang unseres Schreibens bei Ihnen. Auf die Folgen des Fristablaufs weisen wir Sie in dem Schreiben ausdrücklich hin.

Der Beitrag für das hinzukommende Pfl egetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Eventuell vereinbarte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gelten auch für das hinzukommende Pfl egetagegeld.

6. Aus welchen Anlässen kann das Pfl egetagegeld sonst erhöht werden (Nachversicherungsoption)?

6.1 Sie haben die Möglichkeit, eine Erhöhung des vereinbarten Pfl egetagegeldes um 5 oder 10 Euro zu folgenden Anlässen zu beantragen:

- Bei Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft.
- Bei Geburt oder Adoption eines Kindes.
- Bei Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft.
- Bei Tod oder Pflegebedürftigkeit des Ehepartners oder Lebenspartners.

Als Lebenspartner und Lebenspartnerschaft gelten nur solche im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Über den Eintritt des Ereignisses können wir bei Ihnen Nachweise anfordern.

Das Pfl egetagegeld darf dadurch die maximal abschließbare Summe von 160 Euro nicht überschreiten. Der Antrag auf Erhöhung muss spätestens drei Monate nach dem Ereignis bei uns vorliegen. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Die Erhöhung ist nur möglich, wenn die versicherte Person bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht pflegebedürftig ist bzw. war. Es darf bis zu diesem Zeitpunkt auch kein Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gestellt worden sein.

6.2 Eine Erhöhung des vereinbarten Pfl egetagegeldes ist zudem bei erstmaligem Bezug einer Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung möglich. Sie können das Pfl egetagegeld für die betroffene versicherte Person zum Rentenbeginn um 5 oder 10 Euro erhöhen. Das Pfl egetagegeld darf dabei die maximal abschließbare Summe von 160 Euro nicht überschreiten.

Der gesetzlichen Altersrente sind Renten aus berufsständischen Versorgungswerken und Altersruhegehälter (Pensionen) gleichgestellt.

Sie können das Erhöhungsrecht zum Rentenbeginn nur einmalig für jede versicherte Person ausüben. Dies gilt unabhängig davon, ob Ansprüche gegen mehrere Versorgungseinrichtungen bestehen.

Über den Rentenbeginn können wir bei Ihnen Nachweise anfordern.

Für versicherte Personen, die keinen Anspruch auf eine der genannten Altersversorgungen haben, ist eine Erhöhung des vereinbarten Pfl egetagegeldes zum vollendeten 67. Lebensjahr möglich.

Der Antrag auf Erhöhung muss spätestens drei Monate nach dem Ereignis bei uns vorliegen. Eine neue Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Die Erhöhung ist nur möglich, wenn die versicherte Person bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht pflegebedürftig ist bzw. war. Es darf bis zu diesem Zeitpunkt auch kein Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person gestellt worden sein.

6.3 Wir erhöhen das Pflegetagegeld jeweils zum 1. des Monats, der auf die Antragstellung folgt.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Eintrittsalter der versicherten Person. Eventuell vereinbarte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gelten auch für das hinzukommende Pflegetagegeld.

7. Welche Serviceleistung erbringen wir?

Pflegetelefon

Sie wünschen telefonische Informationen und Beratungen zum Thema Pflege? Über unser Pflegetelefon erhalten Sie und Ihre Angehörigen umfangreiche Serviceleistungen.

Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer

0800/3746 444.

Das Leistungspaket unseres Pflegetelefons:

- Information und Beratung
 - zu Fragen rund um die Pflege,
 - bei der Stellung von Anträgen im Rahmen der Pflegeversicherung und ergänzender Hilfen,
 - zum Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
 - zur häuslichen, teilstationären und stationären Versorgung,
 - zur Finanzierung der Pflegekosten (welche Leistungen stehen zur Verfügung?),
 - zu den Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern,
 - zur Organisation der pflegerischen Versorgung (nach stationärem Aufenthalt),
 - zur Entlastung pflegender Angehöriger,
 - zu Demenzerkrankungen.
- Information zur Prävention (auch: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) und Beratung im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit.
- Psychosoziale Beratung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Angehörigen zum Umgang mit der Pflegesituation.
- Wir nennen Adressen und Telefonnummern von Pflegeeinrichtungen oder -diensten.

8. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

8.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nrn. 1, 2, 3 und 7, Seiten 3 bis 5).

Wir leisten jedoch generell nicht für Pflegebedürftigkeit:

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.
Diese Einschränkung gilt nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
 - Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
 - sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
 - sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

8.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 9, Seite 5),
- bei Aufhalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 11, Seite 6),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 1, Seite 7),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 4, Seite 8).

9. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

9.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

9.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

9.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person.
Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

9.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 8, Seite 9). Dies gilt auch, wenn noch Pflegebedürftigkeit (vgl. Teil 1 Nr. 1, Seite 3) vorliegt (schwebender Versicherungsfall).

10. Gibt es Wartezeiten?

Wir verzichten auf die Einhaltung einer Wartezeit.

11. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?

11.1 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb der EU bzw. des EWR:

Bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr zahlen wir das Pflegetagegeld weiter. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.

11.2 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den EWR:

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder Vertragsstaat des EWR besteht die Versicherung weiter.

11.3 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU bzw. des EWR:

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.

11.4

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

12. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?

Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

Darüber hinaus hängt der Zeitpunkt der Zahlung des Pflegetagegeldes davon ab, ob die versicherte Person gesetzlich pflegeversichert ist oder nicht:

Für die versicherte Person besteht eine gesetzliche Pflegeversicherung.

Wir zahlen das Pflegetagegeld ab dem Zeitpunkt, zu dem die Leistungen in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erbracht werden. Voraussetzung ist, dass uns Ihr Antrag auf Leistungen innerhalb von sechs Monaten ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit zugeht. Stellen Sie den Antrag erst später, zahlen wir das Pflegetagegeld maximal für sechs Monate rückwirkend.

Die Höhe des Pflegetagegeldes hängt von einer Pflegebedürftigkeit und dem Pflegegrad ab. Auch kommt es darauf an, ob eine häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder vollstationäre Pflege vorliegt. Kommt es insoweit zu Veränderungen, ist der Zeitpunkt der Änderungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung maßgeblich.

Für die versicherte Person besteht keine gesetzliche Pflegeversicherung.

Wir zahlen das Pflegetagegeld rückwirkend ab dem Zeitpunkt, zu dem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit getroffen wurde. Mit der Feststellung beauftragen wir einen Arzt oder den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Gleiches gilt für Änderungen der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades.

13. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

13.1 Feststellungen durch die gesetzliche Pflegeversicherung.

Wenn die versicherte Person Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt wurden, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf

- die Pflegebedürftigkeit,
- den Pflegegrad,
- Änderungen hinsichtlich der vorstehend aufgeführten Feststellungen

auch für diesen Tarif maßgebend.

Voraussetzung hierfür ist die Vorlage entsprechender Nachweise.

13.2 Feststellung bei fehlendem Nachweis durch die gesetzliche Pflegeversicherung

In diesem Fall beauftragen wir mit den Feststellungen nach Nr. 13.1 einen Arzt oder den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung.

Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Die Kosten der Untersuchung tragen wir.

Etwas anderes gilt jedoch, wenn Sie uns innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Abschluss des Feststellungsverfahrens erneut den Eintritt eines Versicherungsfalles anzeigen. Wird durch dieses Verfahren unsere Leistungspflicht nicht festgestellt, müssen Sie die Kosten der Untersuchung tragen. Hat die versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der EU bzw. dem EWR, beauftragen wir mit den Feststellungen einen Gutachter. Wir tragen nur die Kosten, die bei einer Begutachtung in Deutschland angefallen wären. Etwaige Mehrkosten tragen Sie. Gleiches gilt für Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit bzw. des Pflegegrades.

14. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

- 14.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen. In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.
- 14.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- 14.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

15. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

16. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

- 16.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer. Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:
Wir können
- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
 - die Rückstellung auszahlen,
 - die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
 - für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeordnete Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.
- Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.
- 16.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.
- 16.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:
- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr keine Leistungen erbracht.
 - Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
 - Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.
- Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 1.1 Für versicherte Personen mit gesetzlicher Pflegeversicherung müssen Sie uns die dortige Feststellung des Versicherungsfalles anzeigen. Dazu müssen Sie uns Nachweise über die Pflegebedürftigkeit vorlegen. Als Nachweis dient der Bescheid der SPV bzw. die Mitteilung der PPV über den festgestellten Pflegegrad.

- 1.2 Versicherte Personen ohne gesetzliche Pflegeversicherung müssen sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern. Mit der Untersuchung können wir auch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragen.
- 1.3 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfanges benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 1.4 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was zu einer Verschlechterung des Zustandes führen kann.
- 1.5 Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie uns über jede
 - Minderung oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit,
 - Änderung der Art der Versorgung (z.B. häusliche Pflege oder vollstationäre Pflege)der versicherten Person unverzüglich informieren.
- 1.6 Für eine versicherte Person darf eine weitere Pflegezusatzversicherung nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Dies gilt auch für die Erhöhung einer bereits bestehenden Pflegezusatzversicherung.

2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 2.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 2.2 Verletzen Sie die in Nr. 1.6 genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.
- 2.3 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

3. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 3.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag des nächsthöheren Alters. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- 3.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Älterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Versicherungsleistungen vorzufinanzieren.
- 3.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.
- 3.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 4.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- 4.2 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten.
Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.
- 4.3 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 5.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Häufigkeit und Dauer von Pflegefällen und die Lebenserwartung.

Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene) separat.

Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.

In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.

- 5.2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Nr. 5.1 Satz 4, Seite 9 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- 5.3 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 6.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 6.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- oder Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

- 7.1 Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- 7.2 Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 8.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 8.2 Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
- 8.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
- Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 3.1, Seite 8) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen.

Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 9) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 6.1, Seite 9).

- 8.4 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 8.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 4, Seite 8).
Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 8.6 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.
- 8.7 Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- 8.8 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.
Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Dieses Recht besteht auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

9. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

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

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

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

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

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswchsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

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

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

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

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

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Pflege Zuschuss 100 PZU100

PFLEGEERGÄNZUNGSVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

<p>Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen grundsätzlich den Gegenwert der Leistung, den Sie aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten haben, in gleicher Höhe aus.</p> <p>Sie sind beihilfeberechtigt? Dann zahlen wir Ihnen grundsätzlich einen Betrag aus, der der Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung für Beihilfeberechtigte zuzüglich der Summe aus der entsprechenden Vorleistung der Beihilfe entspricht.</p> <p>Sie erhalten jedoch maximal 100% der Leistung, die eine versicherte Person ohne Anspruch auf Beihilfe aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten würde.</p> <p>Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung, so entfällt auch eine Zahlung nach diesem Tarif.</p> <p>Unsere Leistungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häusliche Pflege • Pflegegeld • Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) • Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) • Kurzzeitpflege • Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen • Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen • Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag • Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen • Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen • Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung für Angehörige) <p>Zusätzliche Leistung</p> <p>Pflegetelefon – unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/3746 444</p>
--	---

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	2
2. Was sind unsere Leistungen?	3
3. Welche Serviceleistung erbringen wir?	4
4. Besteht eine Abhängigkeit von den Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung?	4
5. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	4
6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	4
7. Gibt es Wartezeiten?	5
8. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	5
9. Welche Voraussetzungen müssen Belege zum Nachweis von Vorleistungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	5
10. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?	6
11. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	6
12. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	6
13. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?	6

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?	6
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	7
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	7
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	7
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	7
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	8
7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	8
8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	8
9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	8
10. Welche Gerichte sind zuständig?	9
Anhang	10

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	
1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?	
Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person im Sinne von § 14 SGB XI (vgl. Anhang, Seite 10) Voraussetzung ist, dass die gesetzliche Pflegeversicherung für die versicherte Person Leistungen erbracht hat. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist entweder die private Pflegepflichtversicherung (PPV) oder die soziale Pflegeversicherung (SPV).	

1.2 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsfall?

Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Diese Feststellung trifft der medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung.

Der Versicherungsfall endet, wenn die versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig ist.

2. Was sind unsere Leistungen?

2.1 Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen den Gegenwert der Leistung, den Sie aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten haben, grundsätzlich in gleicher Höhe aus. Damit wird die Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Prinzip verdoppelt.

Eine Besonderheit gilt, wenn die versicherte Person als Beihilfeberechtigter in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert ist. Dann berechnen wir unsere Leistung auf Basis der Leistung aus gesetzlicher Pflegeversicherung und entsprechender Vorleistungen der Beihilfe. Wir zahlen jedoch maximal 100% der Leistung, die eine versicherte Person ohne Anspruch auf Beihilfe aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten würde.

2.2 Unsere Leistungen nach Nr. 2.1 betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- Häusliche Pflege
- Pflegegeld
- Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
- Pflegehilfsmittel (siehe hierzu auch Nr. 2.3) und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
- Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
- Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen
- Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung für Angehörige)

Unsere Leistungspflicht erstreckt sich jedoch nicht auf folgende Leistungsbereiche der gesetzlichen Pflegeversicherung:

- soziale Sicherung der Pflegeperson
- Zuschüsse zur Kranken-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung bei Pflegezeit der Pflegeperson
- Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

2.3 Sonderregelung beim Bezug von Pflegehilfsmitteln (Ausnahme: zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel):

An Stelle der Leistung nach Nr. 2.1 können Sie für den Bezug von Pflegehilfsmitteln auch die Zahlung einer Jahrespauschale verlangen. Das Wahlrecht können Sie nur ausüben, wenn Sie einen Anspruch auf den Bezug von Pflegehilfsmitteln gegenüber der gesetzlichen Pflegeversicherung haben.

Die Jahrespauschale ist dynamisch. Wir berechnen sie - beginnend im Jahr 2015 - alle drei Kalenderjahre wie folgt:

Im Januar ermitteln wir auf Basis der vorangegangenen drei Jahre die durchschnittlichen Kosten für Pflegehilfsmittel je versicherter Person, die Hilfsmittel bezogen hat.

Grundlage hierfür sind die von der DKV im Rahmen der privaten Pflegepflichtversicherung erbrachten Leistungen. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sowie im Rahmen einer vollstationären Pflege genutzte Pflegehilfsmittel berücksichtigen wir dabei nicht. Für die Pauschale runden wir den sich aus dem Berechnungsverfahren ergebenden Betrag auf ganze Euro.

Für die Jahre 2015 bis einschließlich 2017 beträgt die Pauschale 610 Euro.

2.4 Bestmögliche Wahl für Pflegehilfsmittel (Ausnahme: zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel)

Haben Sie die Jahrespauschale nach Nr. 2.3 gewählt und stellen nachträglich fest, dass eine Erstattung nach Nr. 2.1 für Sie günstiger wäre? Oder haben Sie umgekehrt die Erstattung nach Nr. 2.1 gewählt und die Jahrespauschale nach Nr. 2.3 wäre finanziell vorteilhaft?

In diesen Fällen können Sie Ihre Entscheidung ändern. Voraussetzung ist, dass Sie uns dies bis zum 31. Januar des Jahres, welches auf den Bezug der/des Pflegehilfsmittel/s folgt, mitteilen.

Soweit noch nicht geschehen, müssen Sie bis zu diesem Zeitpunkt die erforderlichen Nachweise erbringen.

3. Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Pflegetelefon

Sie wünschen telefonische Informationen und Beratungen zum Thema Pflege? Über unser Pflegetelefon erhalten Sie und Ihre Angehörigen umfangreiche Serviceleistungen. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer

0800/3746 444.

Das Leistungspaket unseres Pflegetelefons:

- Information und Beratung
 - zu Fragen rund um die Pflege
 - bei der Stellung von Anträgen im Rahmen der Pflegeversicherung und ergänzender Hilfen
 - zum Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
 - zur häuslichen, teilstationären und stationären Versorgung
 - zur Finanzierung der Pflegekosten (welche Leistungen stehen zur Verfügung?)
 - zu den Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern
 - zur Organisation der pflegerischen Versorgung (nach stationärem Aufenthalt)
 - zur Entlastung pflegender Angehöriger
 - zu Demenzerkrankungen
- Information zur Prävention (auch: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) und Beratung im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit
- Psychosoziale Beratung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Angehörigen zum Umgang mit der Pflegesituation
- Wir nennen Adressen und Telefonnummern von Pflegeeinrichtungen oder -diensten.

4. Besteht eine Abhängigkeit von den Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Ja – im Rahmen unserer Leistungen nach Teil 1 Nr. 2, Seite 3 sind die Leistungen grundsätzlich von der Entwicklung der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung abhängig. Für Beihilfeberechtigte besteht auch eine Abhängigkeit von den Leistungen der Beihilfe.

5. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

5.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nrn. 1 - 3, Seiten 2 - 4)

Wir leisten jedoch generell nicht für Pflegebedürftigkeit:

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.
 - Diese Einschränkung gilt nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
 - Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
 - sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
 - sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

5.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 4),
- bei Aufhalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 8, Seite 5),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 2, Seite 7),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7),
- wenn eine etwaige Wartezeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung noch nicht erfüllt ist (vgl. Teil 1 Nr. 7, Seite 5).

6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

6.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- 6.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

- 6.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9, Seite 8). Dies gilt auch, wenn noch Pflegebedürftigkeit (vgl. Teil 1 Nr. 1, Seite 2) vorliegt (schwebender Versicherungsfall).

7. Gibt es Wartezeiten?

Wir verzichten auf die Einhaltung einer eigenen Wartezeit.

Es kann jedoch eine Wartezeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung bestehen. Während dieser Wartezeit sind auch wir nicht leistungspflichtig.

8. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?

- 8.1 Geltungsbereich:

Versicherungsschutz besteht in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb der EU bzw. des EWR:

Bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr zahlen wir die vereinbarten Leistungen weiter. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.

- 8.2 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den EWR:

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder Vertragsstaat des EWR besteht die Versicherung weiter.

- 8.3 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU bzw. des EWR.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.

- 8.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

9. Welche Voraussetzungen müssen Belege zum Nachweis von Vorleistungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- 9.1 Sie müssen uns die Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung nachweisen. Erhalten versicherte Personen darüber hinaus Leistungen der Beihilfe, müssen Sie auch diese nachweisen.

Hierfür legen Sie uns zusammen mit der Rechnungskopie einen Beleg der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. der Beihilfe vor, aus denen Folgendes hervorgeht:

Vor- und Zuname der gepflegten Person,

Art der Leistung,

Höhe des Leistungsbetrages,

Zeitraum bzw. Datum der Leistungserbringung.

Beziehen Sie Pflegegeld? Dann schicken Sie uns bitte den Beleg der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. der Beihilfe über das gezahlte Pflegegeld zu.

Besteht Anspruch auf Beihilfe? Dann teilen Sie uns bitte den maßgeblichen Bemessungssatz für die versicherte Person mit.

- 9.2 Sonderregelung bei Bezug von Pflegehilfsmitteln nach Teil 1 Nr. 2.3, Seite 3.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Jahrespauschale ist, dass Sie uns den Bezug eines Pflegehilfsmittels nachweisen, z.B. durch Vorlage des Lieferscheins.

- 9.3 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag.

Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

10. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

Wenn die versicherte Person Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt wurden, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf

- die Pflegebedürftigkeit,
- den Pflegegrad,
- Änderungen hinsichtlich der vorstehend aufgeführten Feststellungen auch für diesen Tarif maßgebend.

11. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

11.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.
In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.

11.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

11.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

12. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

13. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

13.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer.

Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:

Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
- für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeratene Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

13.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.

13.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:

- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr keine Leistungen erbracht.
- Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
- Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.

Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, solange sie in Deutschland in der PPV oder SPV pflegeversichert sind.

2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 2.1 Sie müssen uns die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Teil 1 Nr. 1, Seite 2 anzeigen. Dazu müssen Sie uns den Bescheid der SPV bzw. die Mitteilung der PPV über den festgestellten Pflegegrad vorlegen.
- 2.2 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfanges benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 2.3 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was zu einer Verschlechterung des Zustandes führen kann.
- 2.4 Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie uns über jede
- Minderung oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit,
 - Änderung der Art der Versorgung (z.B. häusliche Pflege oder vollstationäre Pflege),
 - Änderung der Vorleistung durch die gesetzliche Pflegeversicherung bzw. den Beihilfeträger der versicherten Person unverzüglich informieren.
- 2.5 Die Beendigung der gesetzlichen Pflegeversicherung einer versicherten Person müssen Sie uns innerhalb einer Frist von einem Monat anzeigen.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 3.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 3.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

4. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 4.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag des nächst höheren Alters. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- 4.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Älterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Versicherungsleistungen vorzufinanzieren.
- 4.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.
- 4.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- 5.2 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten.
Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.
- 5.3 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 6.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Häufigkeit und Dauer von Pflegefällen und die Lebenserwartung.
Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene) separat.
Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.
In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.
Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.
- 6.2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Nr. 6.1 Satz 4 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- 6.3 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 7.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z.B. durch Gesetze - ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 7.2 Durch höchstgerichtliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- oder Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

- 8.1 Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an.
Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- 8.2 Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 9.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 9.2 Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
- 9.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen dieses Tarifs wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 7.1, Seite 8). Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 4.1, Seite 7) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen.
Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 6, Seite 8) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern.

- 9.4 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 9.6 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.
- 9.7 Die Versicherung endet für die versicherte Person auch, wenn für sie die Versicherung in der PPV oder SPV endet.
- 9.8 Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- 9.9 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.
Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Dieses Recht besteht auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

10. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

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

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

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

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

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Pflege Zuschuss 50 PZU50

PFLEGEERGÄNZUNGSVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

<p>Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen grundsätzlich den Gegenwert der Leistung, den Sie aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten haben, in halber Höhe (50%) aus.</p> <p>Sie sind beihilfeberechtigt? Dann zahlen wir Ihnen grundsätzlich die Hälfte des Betrages aus, der der Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung für Beihilfeberechtigte zuzüglich der Summe aus der entsprechenden Vorleistung der Beihilfe entspricht. Sie erhalten jedoch maximal 50% der Leistung, die eine versicherte Person ohne Anspruch auf Beihilfe aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten würde.</p> <p>Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung, so entfällt auch eine Zahlung nach diesem Tarif.</p> <p>Unsere Leistungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häusliche Pflege • Pflegegeld • Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) • Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) • Kurzzeitpflege • Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen • Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen • Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag • Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen • Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen • Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung für Angehörige) <p>Zusätzliche Leistung</p> <p>Pflegetelefon – unter der gebührenfreien Rufnummer 0800/3746 444</p>
---	---

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	2
2. Was sind unsere Leistungen?	3
3. Welche Serviceleistung erbringen wir?	4
4. Besteht eine Abhängigkeit von den Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung?	4
5. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	4
6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	4
7. Gibt es Wartezeiten?	5
8. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	5
9. Welche Voraussetzungen müssen Belege zum Nachweis von Vorleistungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	5
10. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?	6
11. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?	6
12. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	6
13. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?	6

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?	6
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	7
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	7
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	7
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	7
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	8
7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	8
8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	8
9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	8
10. Welche Gerichte sind zuständig?	9
Anhang	10

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	
1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?	
Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person im Sinne von § 14 SGB XI (vgl. Anhang, Seite 10) Voraussetzung ist, dass die gesetzliche Pflegeversicherung für die versicherte Person Leistungen erbracht hat. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist entweder die private Pflegepflichtversicherung (PPV) oder die soziale Pflegeversicherung (SPV).	

1.2 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsfall?

Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Diese Feststellung trifft der medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung.

Der Versicherungsfall endet, wenn die versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig ist.

2. Was sind unsere Leistungen?

2.1 Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen den Gegenwert der Leistung, den Sie aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten haben, grundsätzlich in halber Höhe (50%) aus.

Eine Besonderheit gilt, wenn die versicherte Person als Beihilfeberechtigter in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert ist. Dann berechnen wir unsere Leistung auf Basis der Leistung aus gesetzlicher Pflegeversicherung und entsprechender Vorleistungen der Beihilfe. Wir zahlen jedoch maximal 50% der Leistung, die eine versicherte Person ohne Anspruch auf Beihilfe aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten würde.

2.2 Unsere Leistungen nach Nr. 2.1 betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- Häusliche Pflege
- Pflegegeld
- Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
- Pflegehilfsmittel (siehe hierzu auch Nr. 2.3) und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
- Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
- Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen
- Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung für Angehörige)

Unsere Leistungspflicht erstreckt sich jedoch nicht auf folgende Leistungsbereiche der gesetzlichen Pflegeversicherung:

- soziale Sicherung der Pflegeperson
- Zuschüsse zur Kranken-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung bei Pflegezeit der Pflegeperson
- Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

2.3 Sonderregelung beim Bezug von Pflegehilfsmitteln (Ausnahme: zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel):

An Stelle der Leistung nach Nr. 2.1 können Sie für den Bezug von Pflegehilfsmitteln auch die Zahlung einer Jahrespauschale verlangen. Das Wahlrecht können Sie nur ausüben, wenn Sie einen Anspruch auf den Bezug von Pflegehilfsmitteln gegenüber der gesetzlichen Pflegeversicherung haben.

Die Jahrespauschale ist dynamisch. Wir berechnen sie - beginnend im Jahr 2018 - alle drei Kalenderjahre wie folgt:

Im Januar ermitteln wir auf Basis der vorangegangenen drei Jahre die Hälfte der durchschnittlichen Kosten für Pflegehilfsmittel je versicherter Person, die Hilfsmittel bezogen hat.

Grundlage hierfür sind die von der DKV im Rahmen der privaten Pflegepflichtversicherung erbrachten Leistungen. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sowie im Rahmen einer vollstationären Pflege genutzte Pflegehilfsmittel berücksichtigen wir dabei nicht. Für die Pauschale runden wir den sich aus dem Berechnungsverfahren ergebenden Betrag auf ganze Euro.

Für das Jahr 2017 beträgt die Pauschale 305 Euro.

2.4 Bestmögliche Wahl für Pflegehilfsmittel (Ausnahme: zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel)

Haben Sie die Jahrespauschale nach Nr. 2.3 gewählt und stellen nachträglich fest, dass eine Erstattung nach Nr. 2.1 für Sie günstiger wäre? Oder haben Sie umgekehrt die Erstattung nach Nr. 2.1 gewählt und die Jahrespauschale nach Nr. 2.3 wäre finanziell vorteilhaft?

In diesen Fällen können Sie Ihre Entscheidung ändern. Voraussetzung ist, dass Sie uns dies bis zum 31. Januar des Jahres, welches auf den Bezug der/des Pflegehilfsmittel/s folgt, mitteilen.

Soweit noch nicht geschehen, müssen Sie bis zu diesem Zeitpunkt die erforderlichen Nachweise erbringen.

3. Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Pflegetelefon

Sie wünschen telefonische Informationen und Beratungen zum Thema Pflege? Über unser Pflegetelefon erhalten Sie und Ihre Angehörigen umfangreiche Serviceleistungen. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer

0800/3746 444.

Das Leistungspaket unseres Pflegetelefons:

- Information und Beratung
 - zu Fragen rund um die Pflege
 - bei der Stellung von Anträgen im Rahmen der Pflegeversicherung und ergänzender Hilfen
 - zum Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
 - zur häuslichen, teilstationären und stationären Versorgung
 - zur Finanzierung der Pflegekosten (welche Leistungen stehen zur Verfügung?)
 - zu den Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern
 - zur Organisation der pflegerischen Versorgung (nach stationärem Aufenthalt)
 - zur Entlastung pflegender Angehöriger
 - zu Demenzerkrankungen
- Information zur Prävention (auch: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) und Beratung im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit
- Psychosoziale Beratung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Angehörigen zum Umgang mit der Pflegesituation
- Wir nennen Adressen und Telefonnummern von Pflegeeinrichtungen oder -diensten.

4. Besteht eine Abhängigkeit von den Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Ja – im Rahmen unserer Leistungen nach Teil 1 Nr. 2, Seite 3 sind die Leistungen grundsätzlich von der Entwicklung der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung abhängig. Für Beihilfeberechtigte besteht auch eine Abhängigkeit von den Leistungen der Beihilfe.

5. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

5.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nrn. 1 - 3, Seiten 2 - 4)

Wir leisten jedoch generell nicht für Pflegebedürftigkeit:

- a) die durch Kriegsereignisse verursacht worden ist.
 - Diese Einschränkung gilt nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
 - Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
 - sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
 - sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- b) deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

5.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 4),
- bei Aufhalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 8, Seite 5),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 2, Seite 7),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7),
- wenn eine etwaige Wartezeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung noch nicht erfüllt ist (vgl. Teil 1 Nr. 7, Seite 5).

6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

6.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- 6.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

- 6.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9, Seite 8). Dies gilt auch, wenn noch Pflegebedürftigkeit (vgl. Teil 1 Nr. 1, Seite 2) vorliegt (schwebender Versicherungsfall).

7. Gibt es Wartezeiten?

Wir verzichten auf die Einhaltung einer eigenen Wartezeit.

Es kann jedoch eine Wartezeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung bestehen. Während dieser Wartezeit sind auch wir nicht leistungspflichtig.

8. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?

- 8.1 Geltungsbereich:

Versicherungsschutz besteht in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb der EU bzw. des EWR:

Bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr zahlen wir die vereinbarten Leistungen weiter. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.

- 8.2 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den EWR:

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder Vertragsstaat des EWR besteht die Versicherung weiter.

- 8.3 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der EU bzw. des EWR.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.

- 8.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

9. Welche Voraussetzungen müssen Belege zum Nachweis von Vorleistungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- 9.1 Sie müssen uns die Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung nachweisen. Erhalten versicherte Personen darüber hinaus Leistungen der Beihilfe, müssen Sie auch diese nachweisen.

Hierfür legen Sie uns zusammen mit der Rechnungskopie einen Beleg der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. der Beihilfe vor, aus denen Folgendes hervorgeht:

Vor- und Zuname der gepflegten Person,

Art der Leistung,

Höhe des Leistungsbetrages,

Zeitraum bzw. Datum der Leistungserbringung.

Beziehen Sie Pflegegeld? Dann schicken Sie uns bitte den Beleg der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. der Beihilfe über das gezahlte Pflegegeld zu.

Besteht Anspruch auf Beihilfe? Dann teilen Sie uns bitte den maßgeblichen Bemessungssatz für die versicherte Person mit.

- 9.2 Sonderregelung bei Bezug von Pflegehilfsmitteln nach Teil 1 Nr. 2.3, Seite 3.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Jahrespauschale ist, dass Sie uns den Bezug eines Pflegehilfsmittels nachweisen, z.B. durch Vorlage des Lieferscheins.

- 9.3 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag.

Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

10. Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

Wenn die versicherte Person Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält oder für sie dort Leistungen beantragt wurden, sind die dort getroffenen Feststellungen in Bezug auf

- die Pflegebedürftigkeit,
- den Pflegegrad,
- Änderungen hinsichtlich der vorstehend aufgeführten Feststellungen auch für diesen Tarif maßgebend.

11. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

11.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.
In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.

11.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

11.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

12. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

13. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

13.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer.

Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:

Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
- für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeratene Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

13.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.

13.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:

- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr keine Leistungen erbracht.
- Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
- Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.

Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, solange sie in Deutschland in der PPV oder SPV pflegeversichert sind.

2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 2.1 Sie müssen uns die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Teil 1 Nr. 1, Seite 2 anzeigen. Dazu müssen Sie uns den Bescheid der SPV bzw. die Mitteilung der PPV über den festgestellten Pflegegrad vorlegen.
- 2.2 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfanges benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 2.3 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was zu einer Verschlechterung des Zustandes führen kann.
- 2.4 Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie uns über jede
- Minderung oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit,
 - Änderung der Art der Versorgung (z.B. häusliche Pflege oder vollstationäre Pflege),
 - Änderung der Vorleistung durch die gesetzliche Pflegeversicherung bzw. den Beihilfeträger der versicherten Person unverzüglich informieren.
- 2.5 Die Beendigung der gesetzlichen Pflegeversicherung einer versicherten Person müssen Sie uns innerhalb einer Frist von einem Monat anzeigen.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 3.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 3.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

4. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 4.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag des nächst höheren Alters. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.
- 4.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Älterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Versicherungsleistungen vorzufinanzieren.
- 4.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.
- 4.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- 5.2 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten.
Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.
- 5.3 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 6.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Häufigkeit und Dauer von Pflegefällen und die Lebenserwartung.
Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene) separat.
Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.
In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.
Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.
- 6.2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Nr. 6.1 Satz 4 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- 6.3 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 7.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z.B. durch Gesetze - ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 7.2 Durch höchstgerichtliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- oder Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

- 8.1 Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an.
Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.
- 8.2 Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 9.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 9.2 Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
- 9.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen dieses Tarifs wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 7.1, Seite 8). Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 4.1, Seite 7) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen.
Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 6, Seite 8) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern.

- 9.4 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7).
Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 9.6 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.
- 9.7 Die Versicherung endet für die versicherte Person auch, wenn für sie die Versicherung in der PPV oder SPV endet.
- 9.8 Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- 9.9 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.
Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Dieses Recht besteht auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

10. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

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

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

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

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

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswchsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

für
**Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur
sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB-G/EPV)**

Die AVB-G umfassen

Teil I Allgemeine Bedingungen in diesem Druckstück
Teil II Tarife in gesonderten Druckstücken

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag	2
§ 2	Versicherungsausweis	2
§ 3	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 3a	Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit	2
§ 4	Umfang des Versicherungsschutzes	3
§ 5	Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr	3
§ 6	Wartezeit - entfällt -	3
§ 7	Umfang der Leistungspflicht	3
	A. Leistungen bei häuslicher Pflege	4
	B. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	4
	C. Teilstationäre Pflege	4
	D. Kurzzeitpflege	5
	E. Vollstationäre Pflege	5
	F. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag	5
§ 8	Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 9	Anspruch auf die Versicherungsleistungen	6
§ 10	Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
§ 11	Obliegenheiten	6
§ 12	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7
§ 13	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	7
§ 14	Aufrechnung	7
§ 15	Ende der Versicherung	7
§ 16	Ende des Versicherungsschutzes	8
§ 17	Fortführung als Einzelversicherung	8
§ 18	Beiträge, Beitragsberechnung	8
§ 19	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung	8
§ 20	Gerichtsstand	9
§ 21	Willenserklärungen und Anzeigen	9
§ 22	Überleitungsregel für Leistungsbezieher	9
	Anhang	
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	10
	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)	11

§ 1 Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag

- (1) Für jede zu versichernde Person ist eine Beitrittserklärung vollständig auszufüllen. In dieser erklärt sie ihr Einverständnis zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag.
- (2) Die Beitrittserklärung ist von der zu versichernden Person in einem verschlossenen Umschlag dem Versicherungsnehmer zu übergeben und von diesem an den Versicherer weiterzuleiten.

§ 2 Versicherungsausweis

Der Versicherer stellt für jeden Versicherten einen Versicherungsausweis aus. Dieser sowie eine Abschrift des Gruppenversicherungsvertrages und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung werden dem Versicherten vom Versicherungsnehmer ausgehändigt.

§ 3 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vereinbartem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 3a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch in der Pflegetagegeldversicherung auf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
- (5) Verlegt ein Versicherter bzw. ein Mitversicherter seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich die Pflegekostenversicherung und die Pflegetagegeldversicherung nach Maßgabe des § 3 Abs. 3 Satz 2 bzw. Abs. 4 fort. Die Versicherung kann auf Verlangen des Versicherten insoweit auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.
- (6) Der Versicherte kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern der Versicherte bzw. der Mitversicherte die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt und die Tarife Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrages sind. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter des Versicherten bzw. Mitversi-

cherten wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 18 Abs. 6 und 7) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 3a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:
 - a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 - b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Anforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 - c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 - d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
 - e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

- (3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstrumentes ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:
 - Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- (4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.
- (5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

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

§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den hierfür geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung, dem jeweiligen Versicherungsausweis sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (2) Der Versicherer übernimmt für die versicherbaren Personen, für die dem Versicherer eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- (3) Bei erhöhten Risiken kann der Versicherer die Vereinbarung eines Risikozuschlages oder Leistungsausschlusses verlangen.

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt am Ersten des Monats, der auf den Zugang der Beitrittserklärung beim Versicherer folgt, frühestens jedoch mit Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach diesem Zeitpunkt eintreten. Bei einer Änderung des Versicherungsschutzes gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Für die einzelnen Versicherungen des Gruppenversicherungsvertrages endet das erste Versicherungsjahr mit dem 31. Dezember des Kalenderjahres des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 6 Wartezeit

– entfällt –

§ 7 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Für die Leistung des Versicherers können im Tarif eine vorherige Leistung der privaten (PPV) bzw. sozialen (SPV) Pflegepflichtversicherung sowie die Berücksichtigung etwaiger Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge vorausgesetzt sein. Auf die tatsächliche Vorleistung kommt es jedoch nicht an, wenn bei der PPV oder SPV anders als beim Versicherer noch Wartezeiten bestehen.

In diesem Fall wird eine Vorleistung in dem Umfang angerechnet, auf den bei Leistungspflicht der PPV oder SPV Anspruch bestände.

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

- (3) Sofern es der Tarif vorsieht, erhält der Versicherte bzw. der Mitversicherte der in seinem Haushalt oder einem anderen Haushalt, in den er aufgenommen ist, gepflegt wird, Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 3a Abs. 2 genannten Bereichen. Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere
1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
 2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
 3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.
- Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegeklasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden sind. Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.
- (4) Sofern es der Tarif vorsieht, werden ein Pflegetagegeld oder - anstelle von Aufwendersatz nach Absatz 3 auf Antrag des Versicherten bzw. Mitversicherten - ein Pflegegeld gezahlt, wenn die häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegefachkräfte im Sinne des Absatzes 3 erbracht wird, sondern durch eine sonstige Pflegeperson (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) in geeigneter Weise sichergestellt ist. Das Pflegetagegeld wird - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - auch bei häuslicher Pflegehilfe durch geeignete Pflegefachkräfte im Sinne von Absatz 3 gezahlt.
- (5) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung eines Pflegegeldes nach Absatz 4 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt.
- (6) Nimmt der Versicherte bzw. der Mitversicherte Aufwendersatz nach Absatz 3 nur teilweise in Anspruch, erhält er unter den in Absatz 4 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem der Versicherte bzw. der Mitversicherte Aufwendersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Pflegegeld und Aufwendersatz in Anspruch nehmen will, ist der Versicherte bzw. der Mitversicherte für die Dauer von sechs Monaten gebunden.
- (7) Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden nicht zu einem höheren Prozentsatz erstattet, als sie in der PPV oder SPV erstattet wurden.

- (8) Ist eine Pflegeperson im Sinne von Absatz 4 Satz 1 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden - sofern im Tarif vorgesehen - Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft im Sinne von Absatz 3 Satz 6 für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Versicherten bzw. Mitversicherten vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

B. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

- (9) Der Versicherte bzw. der Mitversicherte hat - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder für deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Versicherten bzw. des Mitversicherten beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist.

Entscheiden sich der Versicherte bzw. der Mitversicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, hat dieser die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V - siehe Anhang) gilt entsprechend. Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass der Versicherte bzw. der Mitversicherte sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Versicherten bzw. des Mitversicherten, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Versicherten bzw. des Mitversicherten wiederhergestellt wird.

C. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

- (10) Der Versicherte bzw. der Mitversicherte hat - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen oder auf ein Pflegetagegeld. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer

Komfortleistungen sowie für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sind - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - erstattungsfähig.

- (11) Der Versicherte bzw. der Mitversicherte kann - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - Leistungen nach Absatz 10 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 3, 4 und 6 in Anspruch nehmen, ohne das eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

D. Kurzzeitpflege

- (12) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen in einer vollstationären Einrichtung oder auf ein Pflegegeld. Absatz 10 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend. Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme zur medizinischen Versorgung oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

- a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Versicherten bzw. des Mitversicherten oder
b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Falle des Satzes 3 b) besteht der Anspruch nur dann, wenn die Pflegeperson den Versicherten bzw. den Mitversicherten vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

E. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

- (13) Der Versicherte bzw. der Mitversicherte hat - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen in vollstationären Einrichtungen oder auf ein Pflegegeld, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 10 Sätze 2 bis 5 geltend entsprechend. Die vorübergehende Abwesenheit des Versicherten bzw. Mitversicherten aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für den Versicherten bzw. Mitversicherten freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.
- (14) Anstelle von Aufwendungsersatz nach Absatz 13 wird auf Antrag des Versicherten bzw. des Mitversicherten - sofern im Tarif vorgesehen - ein Pflegegeld gezahlt.

F. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

- (15) Der Versicherte bzw. der Mitversicherte in häuslicher Pflege hat Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit des Versicherten bzw. Mitversicherten bei der Gestaltung des Alltags.
- (16) Soweit versicherte Personen in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe bezogen haben, können sie - wenn und soweit im Tarif vorgesehen - Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch der versicherten Person auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe betragen. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 6 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die der versicherten Person bei häuslicher Pflege zustehen.
- (17) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherten bzw. Mitversicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherten bzw. Mitversicherten erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherte das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 8 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- c) vorbehaltlich der Regelung des § 3 Abs. 3 solange sich der Versicherte bzw. der Mitversicherte im Ausland aufhält, und zwar auch dann, wenn er dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig wird; bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von insgesamt bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld bzw. Pflegegeld gemäß § 7 Abs. 4 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 7 Abs. 6 jedoch weiter erbracht; Aufwendungsersatz gemäß § 7 Abs. 3 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, den Versicherten bzw. den Mitversicherten während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
- d) soweit der Versicherte bzw. der Mitversicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder

nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhält. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;

- e) soweit der Versicherte bzw. Mitversicherte auf Grund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 7 Abs. 3 Satz 1 hat. Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld nach § 7 Abs. 4 oder anteiliges Pflegegeld nach § 7 Abs. 6 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht.

Die Vorschriften in Absatz 1 d) und e) finden auf die Pflegetagegeldversicherung keine Anwendung.

- f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht; in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation werden Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld gemäß § 7 Abs. 4 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 7 Abs. 6 jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII anzuwenden ist, wird das Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld gemäß § 7 Abs. 4 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 7 Abs. 6 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

- g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherten über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

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

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

- (3) Hat der Versicherte bzw. der Mitversicherte wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 9 Anspruch auf die Versicherungsleistungen

Der Versicherte hat gegenüber dem Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

§ 10 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherte erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen von Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht.

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

- (2.1) Die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad sind auch für die Pflegeergänzungsversicherung maßgebend. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades. Dem Versicherer sind entsprechende Nachweise vorzulegen.

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

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

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten

- (1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgelegten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 10 Abs. 1 und 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung bzw. den medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Der Versicherte teilt dem Versicherer die Feststellung der Pflegebedürftigkeit innerhalb 30 Tagen mit.

- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 3 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behand-

lungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang).

Außerdem ist nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 3 Abs. 2 in der Pflegekostenversicherung der Bezug von Leistungen nach § 8 Abs. 1 d) anzuzeigen.

- (3) Der Versicherte und der als empfangsberechtigt benannte Mitversicherte (§ 10 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist der Versicherte bzw. der Mitversicherte verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Der Versicherte bzw. der Mitversicherte hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder deren Besserung hinderlich sind.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 11 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Wird die in § 11 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

§ 13 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherte oder ein Mitversicherter Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus der Versicherung Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherte oder der Mitversicherte hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherte oder der Mitversicherte vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obli-

genheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- (4) Steht dem Versicherten oder dem Mitversicherten ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 14 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 15 Ende der Versicherung

- (1) Die Versicherungen der Versicherten bzw. Mitversicherten enden durch
 - a) Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
 - b) Ausscheiden aus dem versicherbaren bzw. mitversicherbaren Personenkreis;
 - c) Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 3 Abs. 3 genannten in der Pflegekostenversicherung, es sei denn, dass sie aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt werden. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 3 Abs. 3 genannten kann verlangt werden, die Versicherungen in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
 - d) Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes aus der Bundesrepublik Deutschland in der Pflegetagegeldversicherung, es sei denn, dass sie aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt werden. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes aus der Bundesrepublik Deutschland kann verlangt werden, die Versicherungen in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
 - da) Abweichend von Abs. 1 d) enden die Versicherungen der Versicherten bzw. Mitversicherten auch in der Pflegetagegeldversicherung nicht bereits, wenn der Versicherte bzw. Mitversicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, sondern wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 3 Abs. 3 genannten verlegt. Die Versicherung endet nicht, wenn sie aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.
 - e) Tod;
 - f) außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt des Versicherers; die vorgenannten Rechtsbehelfe können auch gegenüber dem Versicherten geltend gemacht werden.
 - g) Wegfall der Versicherung in der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung aus sonstigen Gründen.
- (2) Der Versicherte kann sich und/oder Mitversicherte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (§ 5

Abs. 4) mit einer Frist von drei Monaten von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag abmelden. Die Abmeldung kann auf einzelne mitversicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Scheidet der Versicherte aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, so enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn der Versicherte nachweist, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.

- (3) Hat eine Vereinbarung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherte die Aufhebung der betroffenen Versicherungen binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens verlangen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 Absatz 1, so kann der Versicherte die Aufhebung der betroffenen Versicherungen - auch für Mitversicherte - innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung verlangen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherte die Aufhebung der Versicherung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung verlangen.
- (5) Das Aufhebungsverlangen nach den Absätzen 3 und 4 ist nur wirksam, wenn der Versicherte nachweist, dass die betroffenen Mitversicherten von der Aufhebungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (6) Der Versicherte kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Mitversicherte oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

§ 16 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - grundsätzlich mit Beendigung der Versicherung (§ 15). Bei Beendigung der Versicherung nach § 15 Absatz 1 a oder b wird jedoch für schwebende Versicherungsfälle bis zur Höchstdauer von vier Wochen weitergeleistet.

§ 17 Fortführung als Einzelversicherung

- (1) In den Fällen des § 15 Abs. 1 a oder b können die Versicherten bzw. die Mitversicherten, in den Fällen des § 15 Abs. 1 e, Abs. 2 bis 4 können die Mitversicherten verlangen, die Versicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen.

Die Versicherten bzw. Mitversicherten sind in den Fällen des § 15 Abs. 1 a über die Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages und ihr Recht nach Satz 1 vom Versicherer in Textform zu informieren. Das Recht nach Satz 1 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

- (2) Bei der Fortführung als Einzelversicherung wird der Zeitraum, in welchem der Versicherte bzw. der Mitversicherte im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages ununterbrochen versichert war, auf die Fristen und Wartezeiten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife der Einzelversicherung angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung berücksichtigt.

§ 18 Beiträge, Beitragsberechnung

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Fälligkeit des Beitrages richtet sich nach den mit dem Versicherungsnehmer im Gruppenversicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen.
- (2) Wird die Versicherung vor Ablauf ihrer Laufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Laufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird die Versicherung durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.
- (3) Der Beitrag wird bei Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag nach dem Eintrittsalter des Versicherten bzw. des Mitversicherten festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (4) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (5) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter des Versicherten bzw. des Mitversicherten berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter des Versicherten bzw. des Mitversicherten dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens des Versicherten bzw. des Mitversicherten ist jedoch während der Dauer der Versicherung ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (6) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (7) Liegt bei einer Änderung des Versicherungsschutzes ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
- (8) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesund-

heitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherten folgt.

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

§ 20 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen gegen den Versicherten ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherte nach Abschluss des Versicherungsvertrages seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 21 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 22 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

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

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2

Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

2. Der Versicherer teilt dem Versicherten bzw. der als empfangsberechtigt benannten mitversicherten Person (§ 10 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.
3. Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 3 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden,

es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung
(SGB V)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

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

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

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

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

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken

in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

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

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

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

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

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

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

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

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktebereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer

gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

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

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen;

Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; §112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen

Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange der Beschädigte infolge der Schädigung hilflos ist, wird eine Pflegezulage von 293 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartner oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht

werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben dem Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

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

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

zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

KombiMed Pflege Tarif KPEK

PFLEGEKOSTENVERSICHERUNG

ERGÄNZUNG ZUR PRIVATEN UND ZUR SOZIALEN PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG (PPV/SPV)

1. Häusliche Pflegehilfe
(siehe auch § 7 Absatz 7 AVB-G/EPV)

Nach vorheriger Leistung der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung (PPV/SPV) und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- | | | |
|--|--------|-------------|
| a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 | bis zu | 225,00 EUR, |
| b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 | bis zu | 550,00 EUR, |
| c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 | bis zu | 775,00 EUR, |
| d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 | bis zu | 959,00 EUR. |

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Absatz 1 SGB XI* vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 90 SGB XI* erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zu Stande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit dem Versicherten bzw. dem Mitversicherten vereinbaren; in diesem Fall ist die Erstattung nach Ziffer 1 Satz 1 auf höchstens 80 % der dort vorgesehenen Beträge begrenzt.

2. Pflegegeld bei häuslicher Pflege
(anstelle von Leistungen nach Ziffer 1 - siehe jedoch § 7 Absatz 6 AVB-G/EPV)

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- | | |
|--|-------------|
| a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 | 117,50 EUR, |
| b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 | 220,00 EUR, |
| c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 | 350,00 EUR, |
| d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 | 350,00 EUR. |

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft bei Verhinderung einer Pflegeperson für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr werden für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 und 5

bis zu 775,00 EUR

erstattet.

* siehe Anhang zu den AVB-G/EPV

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5 sind Aufwendungen für die in dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der sozialen Pflegeversicherung oder in der ersatzweise erlassenen Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung aufgeführten Pflegehilfsmittel erstattungsfähig.

- 4.1 Aufwendungen für die in der PPV/SPV verlangte Selbstbeteiligung/Zuzahlung in Höhe von 10 %, höchstens jedoch 25,00 EUR je Pflegehilfsmittel, werden erstattet.
- 4.2 Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden je Kalendermonat bis zu 62,00 EUR erstattet.
- 4.3 Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden zu 50 % des Betrages, der der Vorleistung entspricht, höchstens jedoch bis zu 1.278,50 EUR je Maßnahme erstattet.

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende Aufwendungen für

allgemeine Pflegeleistungen im Rahmen der gültigen Pflegesätze und

für die notwendige Beförderung des Versicherten bzw. des Mitversicherten zu und von der Wohnung zur Einrichtung des Tages- oder der Nachtpflege

sowie Aufwendungen für Betreuung in Pflegeheimen

werden je Kalendermonat insgesamt

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 225,00 EUR,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 550,00 EUR,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 775,00 EUR,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 775,00 EUR

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zu Stande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit dem Versicherten bzw. mit dem Mitversicherten vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 % der nach Ziffer 5 Satz 1 vorgesehenen Beträge gezahlt.

6. Kurzzeitpflege

Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende pflegebedingte Aufwendungen im Rahmen der gültigen Pflegesätze sowie Aufwendungen für Betreuung in Pflegeheimen für acht Wochen im Kalenderjahr werden für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 und 5

bis zu 775,00 EUR

erstattet.

Ziffer 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 7 Abs. 12 Sätze 3 und 4 AVB-G/EPV Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 % gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

7. Vollstationäre Pflege

Ist häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder kommt sie wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht, werden die nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibenden pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung in Pflegeheimen im Rahmen der gültigen Pflegesätze je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 775,00 EUR,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 775,00 EUR,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 775,00 EUR,

d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5

bis zu 959,00 EUR

erstattet.

Ziffer 5 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten bei vollstationärer Pflege ein Pflegegeld nach Ziffer 8.

8. Pflegegeld bei vollstationärer Pflege
(Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 anstelle von Leistungen nach Ziffer 7.)

Das Pflegegeld beträgt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 je Kalendermonat
350,00 EUR,

wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 60 EUR.

9. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Nach vorheriger Leistung der PPV/SPV und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe-/Heilfürsorgeansprüche verbleibende zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 7 Abs. 3 Satz 4 AVB-G/EPV, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45 a SGB XI

werden für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5

bis zu 60,00 EUR

monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

10. Monatliche Beiträge

- 10.1 Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.
- 10.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 18 Abs. 3 AVB-G/EPV.
- 10.3 Für mitversicherte Kinder, die das 14. und Jugendliche, die das 19. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe bzw. des nächsthöheren Alters zu zahlen.

11. Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Tarif genannte Leistungsgrenzen können bei einer Beitragsanpassung (Ziffer 13) mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden.

Falls die Leistungen von PPV/SPV eingeschränkt werden, kann der private Versicherer zur Beibehaltung des Umfangs des Versicherungsschutzes Aufbaustufen zu Tarif KPEK oder neue Pflegekrankenversicherung einführen. Diese können von nach Tarif KPEK versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Einführung - jedoch nicht vor dem Wirksamwerden der Leistungseinschränkung in den PPV/SPV - beantragt werden; Anspruch auf die zusätzlichen Tarifleistungen besteht dann ohne erneute Risikoprüfung.

12. Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung)

- 12.1 Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung werden nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80 % einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherten verwendet wird, unter anderem für Zwecke der Beitragsrückerstattung (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Der Versicherer kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders entschieden.
- 12.2 Wird für die vereinbarten Tarife eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede Versicherung, wenn
 - a) für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind (Versicherungsleistungen sind auch die gesetzlichen Ausgleichsleistungen; einmal erbrachte Versicherungsleistungen werden von Ersatz- oder Ausgleichsleistungen Dritter an den Versicherer nicht berührt);

- b) die Versicherung während des ganzen Geschäftsjahres in dem betreffenden Tarifverband bestanden hat und am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer besteht. Der Anspruch bleibt erhalten, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres durch Tod endet;
 - c) die Beiträge, die während des Geschäftsjahres fällig geworden sind, bis zum 31. Dezember vollständig entrichtet sind.
- 12.3 Die Beitragsrückerstattung nach Absatz 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
- 12.4 Eine Beitragsrückerstattung nach Absatz 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.
- 12.5 Der Versicherer ist berechtigt, die Gewinnbeteiligung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

13. Beitragsanpassung

- 13.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. auf Grund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 4 Abs. 1 AVB-G/EPV) ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.
- 13.2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Ziffer 13.1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- 13.3 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 13.4 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherten folgt.

Allgemeine
Versicherungsbedingungen
der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

KombiMed Pflege Tarif KPET

PFLEGETAGEGELDVERSICHERUNG

ERGÄNZUNG ZUR PRIVATEN UND ZUR SOZIALEN
PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG (PPV/SPV)

1. TARIF KPET:

1.1 Für häusliche und teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege werden insgesamt

in Pflegegrad 1	10 %,
in Pflegegrad 2	25 %,
in Pflegegrad 3	50 %,
in Pflegegrad 4	75 %,
in Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

Das Pflegetagegeld wird auch gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften, sondern von Pflegepersonen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) übernommen wird.

1.2 Für vollstationäre Pflege werden

in Pflegegrad 1	10 %,
in den Pflegegraden 2, 3, 4 und 5	100 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

1.3 Es kann ein Pflegetagegeld von 10 EUR oder einem Vielfachen davon, höchstens jedoch 90 EUR versichert werden.

Insgesamt können beim Versicherer durch Einzel- und Gruppenversicherungen nicht mehr als 90 EUR Pflegetagegeld versichert werden.

Ist der Tarif KPET neben dem Tarif PEK bzw. KPEK abgeschlossen, können höchstens 80 EUR Pflegetagegeld nach Tarif KPET versichert werden.

2. Monatliche Beiträge

2.1 Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.

2.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 18 Abs. 3 AVB-G/EPV.

2.3 Für mitversicherte Kinder, die das 14. und Jugendliche, die das 19. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe bzw. des nächsthöheren Alters zu zahlen.

3. Leistungsanpassungsklausel

- 3.1 Der private Versicherer vergleicht den vom Statistischen Bundesamt für den August des jeweiligen Kalenderjahres festgestellten Verbraucherpreisindex für Deutschland (Stand: 2000=100) mit dem entsprechenden Wert des Jahres, in dem die Versicherung abgeschlossen wurde bzw. dem des Jahres der letzten Leistungsanpassung. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 % nach oben oder nach unten, so wird das vereinbarte Pfl egetagegeld nach Maßgabe der Ziffern 3.2 bis 3.7 der Kostenentwicklung angepasst.
- Sobald es einen amtlichen Pflegekostenindex für das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland gibt, wird dieser Index mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anstelle des oben genannten Verbraucherpreisindex zur Leistungsanpassung herangezogen. Die Versicherten werden über den Austausch des Indexes schriftlich informiert.
- 3.2 Voraussetzung für eine Anpassung ist, dass das vereinbarte Pfl egetagegeld unter bzw. (im Ausnahmefall) über einem bestimmten Höchstsatz liegt, der alljährlich mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders festgesetzt wird.
- Der Umfang der Leistungsanpassung ergibt sich aus der Differenz zwischen
- a) dem nach Satz 1 neu festgesetzten Höchstsatz und
 - b) dem zurzeit der vorausgegangenen - dem Versicherten nach Ziffer 3.4 Satz 1 mitgeteilten - Leistungsanpassung geltenden Höchstsatz bzw.
- sofern eine solche Anpassung noch nicht mitgeteilt worden ist - dem bei Abschluss der Versicherung geltenden Höchstsatz.
- Das Pfl egetagegeld darf jedoch zusammen mit den Leistungen aus anderen für den Versicherten bzw. den Mitversicherten bestehenden Versicherungen mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit (ausgenommen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung) den neu festgesetzten Höchstsatz nicht überschreiten. Eine Herabsetzung des Pfl egetagegeldsatzes erfolgt nur, soweit es zusammen mit den vorstehend genannten Leistungen den neu festgesetzten Höchstsatz überschreitet.
- Bei einer Erhöhung des Pfl egetagegeldes wird es um mindestens 10 EUR oder um ganze Vielfache davon unter Erhebung des entsprechenden Mehrbeitrags angehoben. Bei einer Reduzierung werden Pfl egetagegeld und der Beitrag entsprechend herabgesetzt.
- 3.3 Die Prüfung der Anpassungsvoraussetzungen erfolgt erstmals im dritten Kalenderjahr nach dem Jahr des Versicherungsbeginns oder der Umwandlung aus einem anderen Tarif; danach erfolgt sie in jedem dritten Kalenderjahr.
- 3.4 Die Leistungsanpassung wird dem Versicherten schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne zusätzliche Erschwerungen zu Beginn des zweiten Monats wirksam (= Anpassungstermin), der auf die Benachrichtigung folgt, sofern nicht mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- 3.5 Eine Erhöhung des Pfl egetagegeldsatzes entfällt - ganz oder teilweise - rückwirkend, sofern und soweit der Versicherte ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, in Textform widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufs wird er bei Bekanntgabe der Leistungsanpassung ausdrücklich hingewiesen.
- 3.6 Wird das vereinbarte Pfl egetagegeld nach Maßgabe der Ziffern 3.1 bis 3.4 herabgesetzt, so wird der für den Herabsetzungsteil gebildete Anteil der Alterungsrückstellung entsprechend den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet.
- 3.7 Das vereinbarte Pfl egetagegeld kann auch in entsprechender Anwendung des § 19 AVB-G/EPV in Verbindung mit Ziffern 3.2., 3.4 und 3.5 geändert werden; Ziffer 3.6 wird entsprechend angewendet.
- 3.8 Alle weiteren Einzelheiten der Leistungsanpassung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

4. Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung)

- 4.1 Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung werden nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80 % einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherten verwendet wird, unter anderem für Zwecke der Beitragsrückerstattung (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Der Versicherer kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders entschieden.
- 4.2 Wird für die vereinbarten Tarife eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede Versicherung, wenn
- a) für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind (Versicherungsleistungen sind auch die gesetzlichen Ausgleichsleistungen; einmal erbrachte Versicherungsleistungen werden von Ersatz- oder Ausgleichsleistungen Dritter an den Versicherer nicht berührt);
 - b) die Versicherung während des ganzen Geschäftsjahres in dem betreffenden Tarifverband bestanden hat und am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer besteht. Der Anspruch bleibt erhalten, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres durch Tod endet;
 - c) die Beiträge, die während des Geschäftsjahres fällig geworden sind, bis zum 31. Dezember vollständig entrichtet sind.

- 4.3 Die Beitragsrückerstattung nach Absatz 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
- 4.4 Eine Beitragsrückerstattung nach Absatz 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.
- 4.5 Der Versicherer ist berechtigt, die Gewinnbeteiligung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

5. Beitragsanpassung

- 5.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. auf Grund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für diesen Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- 5.2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Ziffer 5.1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- 5.3 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 5.4 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherten folgt.

**Produktinformationsblatt zur Krankenversicherung
Einzelversicherung**

Sie möchten bei uns eine Kranken- bzw. Pflegeversicherung abschließen. Mit den folgenden Informationen geben wir Ihnen hierzu einen Überblick. Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus den folgenden Unterlagen:

- Ihrem Antrag bzw. Ihrer Anfrage in Verbindung mit unserem Angebot
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
- dem Versicherungsschein
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Die angebotene bzw. beantragte Versicherung ist eine private Kranken- bzw. Pflegeversicherung.

Welche Leistungen sind versichert, welche Leistungen sind ausgeschlossen?

KombiMed Förder-Pflege KFP

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung
Pflegeomonatsgeld unabhängig von der Art der Pflege

Pflegegrad 5: Euro

Das Pflegeomonatsgeld in den anderen Pflegegraden ist niedriger.

Pflegebonus:

Erhöhtes Pflegeomonatsgeld nach Ablauf des 15. Versicherungsjahres:

In Pflegegrad 5: Euro

Das erhöhte Pflegeomonatsgeld in den anderen Pflegegraden ist niedriger.

Die Wartezeit von fünf Jahren entfällt bei Unfällen, zudem gilt sie nicht bei einer Kindernachversicherung. (vgl. KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP)

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Unsere Leistungen“ bzw. „Der Versicherungsschutz“ sowie die Tarifbestimmungen. Bei Tarif KOPT ist der Punkt „Was ist das Wesen des Optionsrechtes?“ maßgeblich.

Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?

Monatsbeitrag für den gewünschten Versicherungsschutz	
Beitragsfälligkeit	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Erstmals zum Versicherungsbeginn	2 0

Wenn nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag am Ersten eines jeden Monats fällig. Sie können auch eine viertel-, halb- oder jährliche Zahlungsweise wählen.

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erst- oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?“ bzw. „Beitragszahlung“.

Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Für Versicherungsfälle, die durch vorsätzliches Handeln oder Kriegsereignisse verursacht wurden, leisten wir grundsätzlich nicht. Dies gilt auch für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen. Bei Tarif KTOG leisten wir nur eingeschränkt für Krankheiten und Unfälle, die in den letzten 24 Monaten vor Antragsstellung zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 21 Tagen geführt haben. In der privaten Pflegepflichtversicherung besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht, solange sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Unter bestimmten Voraussetzungen leisten wir aber auch im Ausland.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?“ bzw. „Einschränkung der Leistungspflicht“.

Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Sie müssen uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrenumstände anzeigen. Dies sind solche Umstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben. Wenn Sie diese Pflicht verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte im Antrags- bzw. Anfrageformular nach. Maßgeblich ist der Punkt „Angaben zur Gesundheit“.

Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung mit vergleichbaren Leistungen ist bei bestimmten Tarifen ausgeschlossen bzw. von unserer Unterrichtung und/oder Zustimmung abhängig. Bei der Krankentagegeldversicherung müssen Sie jeden Wechsel des Berufes der versicherten Person unverzüglich anzeigen. Wenn Sie diese Pflicht verletzen, können wir bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein. Unter Umständen sind wir auch zur Kündigung berechtigt.

Bei Tarif KBCK müssen Sie uns die Beendigung des bestehenden stationären Krankenversicherungsschutzes unverzüglich anzeigen.

Bei den Tarifen PZU50/100 müssen Sie uns die Beendigung der gesetzlichen Pflegeversicherung innerhalb eines Monats anzeigen. Wenn Sie diese Pflichten verletzen, können wir ebenfalls ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?“ und „Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?“ bzw. „Obliegenheiten“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte“.

Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben. Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.

Bei der privaten Pflegeergänzungsversicherung müssen Sie uns u.a. den Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzeigen.

Bei der Krankentagegeldversicherung gilt zusätzlich: Die Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns spätestens drei Tage nach dem vereinbarten Leistungsbeginn anzeigen. Sie müssen uns hierzu eine Bescheinigung des Arztes vorlegen. Bei andauernder Arbeitsunfähigkeit müssen Sie unaufgefordert alle zwei Wochen einen neuen Nachweis einreichen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit müssen Sie uns binnen drei Tagen anzeigen.

Wird eine dieser Pflichten verletzt, können wir ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?“ und „Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?“ bzw. „Obliegenheiten“, „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ und „Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte“.

Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Etwaige Wartezeiten müssen abgelaufen sein. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Bei der Krankentagegeldversicherung prüfen wir, ob eine Nachleistungspflicht besteht.

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie die Versicherung bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres fortsetzen. Der Tarif KTOG wird für 60 Monate abgeschlossen.

Tarif KOPT endet mit Ablauf des sechsten Versicherungsjahres. Im Fall der Verlängerung endet der Tarif spätestens mit Ablauf von weiteren vier Versicherungsjahren.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?“, „Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wann beginnt sie und wie lange dauert sie?“ bzw. „Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?“, „Gibt es Wartezeiten?“ und „Wann endet der Versicherungsschutz?“ bzw. „Der Versicherungsschutz“. In der Krankentagegeldversicherung ist zusätzlich der Punkt „Welche sonstigen Beendigungsmöglichkeiten gibt es und welche Rechte bestehen bei einer solchen Beendigung?“ bzw. „Sonstige Beendigungsgründe“ maßgeblich, bei Tarif KTOG auch der Punkt „Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?“. In den Ausbildungstarifen ist zusätzlich der Punkt „Wer kann versichert werden?“, „Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende“ bzw. „Ergänzungen und Abweichungen“ maßgeblich. Bei Tarif KOPT sind die Punkte „Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?“ und „Ist eine Verlängerung der Vertragsdauer möglich? Was sind dann die Voraussetzungen für eine Anmeldung zur Krankenversicherung?“ maßgeblich.

Wie kann der Vertrag beendet werden?

Sie können das Versicherungsverhältnis – vorbehaltlich einer vertraglichen Mindestdauer – kündigen. Bitte beachten Sie dabei die Kündigungsfristen. Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Zum Beispiel, wenn sich die Beiträge erhöhen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen? Sehen Sie bitte in den AVB nach. Maßgeblich sind die Punkte „Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?“ bzw. „Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie und welche Rechte bestehen bei einer Kündigung?“ bzw. „Ende der Versicherung“.

Tarif nach Art der Schadenversicherung

Wir haben den folgenden Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gerne über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Muster- und Tarifbedingungen

für

die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2017)

Die AVB umfassen

Musterbedingungen 2017 - MB/GEPV 2017 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung
Tarifbedingungen der Deutschen Krankenversicherung (*Schrägschrift*)

} in diesem
Druckstück

KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP

in gesondertem
Druckstück

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz

§ 1	Versicherungsfähigkeit	2
§ 2a	Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten	2
§ 2b	Hinweispflichten des Versicherers	2
§ 3	Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	2
§ 4	Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 5	Wartezeit	2
§ 6	Beginn und Umfang der Leistungspflicht	2
§ 7	Auszahlung der Versicherungsleistungen	3
§ 8	Ende des Versicherungsschutzes	

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9	Beitragszahlung	3
§ 10	Beitragsberechnung	3
§ 11	Beitragsanpassung	4
§ 12	Überschussbeteiligung	4
§ 13	Erhalt der Förderfähigkeit	4
§ 14	Obliegenheiten	4
§ 15	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	4
§ 16	Aufrechnung	4

Ende der Versicherung

§ 17	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	4
§ 18	Kündigung durch den Versicherer	5
§ 19	Sonstige Beendigungsgründe	5

Sonstige Bestimmungen

§ 20	Willenserklärungen und Anzeigen	5
§ 21	Gerichtsstand	5
§ 22	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	6
§ 23	Ruhen bei Hilfebedürftigkeit	6
§ 24	Kindernachversicherung	6
§ 25	Mehrfachversicherung	6
§ 26	Anwartschaft	6
§ 27	Übergangsregelung	7
	Anhang	8

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

- (1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die
- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
 - für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.
- Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.
- (2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die
- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
 - das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

- (1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.
- (2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

- (1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagennummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagennummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.
- (2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegeitagegeld.
- (2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

2.1 Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

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

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

- (2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

- (3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.
- (4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.
- (2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalles werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

4.1 Das Pflegemonatsgeld wird für jeden Monat einer Pflegebedürftigkeit am Beginn des folgenden Monats gezahlt.

- (5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

1.1 Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbegins.

- (2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.
- (3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
- (6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10 Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsauschlüsse werden nicht vereinbart.

§ 11 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

- (2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

- (1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:
- Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
 - Anrechnung auf den Beitrag,
 - Erhöhung der Leistung oder
 - Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämien-senkung einzusetzen.

- (2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.
- (2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 16 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

1.1 Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Absatz 1 kündigt.

1.2 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

- (2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

50064771 B 531 (1.17) BDK50411

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.
- (4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
- (3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

- (1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.
- (2) In der Ruhezeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:
 1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhezeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
 2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
 3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
 4. Die Ruhezeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

5. Mit der Beendigung der Ruhezeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhezeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

- (1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.
- (2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
- (3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.
- (4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

- (1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
- (2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

- (3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.
- (4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.
- (5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.
- (6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang).
- (7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.
- (8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.
- (9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

§ 27 Übergangsregelung

- (1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung am 31.12.2016	Einstufung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

- (2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.
- (3) Das Pflegemonats- oder Pfl egetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.
- (4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

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

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

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

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

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

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

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

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

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktebereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

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

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

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

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

§ 126 Zulagenberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulagenberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagenfähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulagenberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulagenberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt auf Grund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag

der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden

Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

Anlage 1
(zu § 15)

**Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Monat**

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden.

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4.	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4.	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4.	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Angste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: 2 Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12 die Ausprägungen der Kriterien 4.1 – 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4.	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung, „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7: Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet.

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4.	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15- bei Kindern bis 5.K- werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K- werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich Beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2
(zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstversorgung	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8	Haushaltsführung							

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP

PFLEGEMONATSGELDVERSICHERUNG

ERGÄNZUNG ZUR PRIVATEN UND ZUR SOZIALEN
PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG (PPV/SPV)

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2017 - MB/GEPV 2017 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

Leistungen der DKV

- | | |
|---------------------|---|
| 1. Pflegemonatsgeld | 2 |
| 2. Pflegebonus | 2 |

Leistungen des Versicherungsnehmers

- | | |
|-----------------------------|---|
| 3. Monatliche Beitragsraten | 3 |
|-----------------------------|---|

Leistungen der DKV

1. Pflegemonatsgeld

Das zu zahlende Pflegemonatsgeld richtet sich nach der Einordnung des Versicherungsnehmers in eine Leistungsgruppe und nach dem jeweiligen Pflegegrad.

Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Leistungsgruppe ist das Eintrittsalter (vgl. § 9 Absatz 1.1 AVB/GEPV 2017) des Versicherungsnehmers.

Leistungsgruppe	Eintrittsalter	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1.	18	159,57 €	319,14 €	478,71 €	638,28 €	1.595,70 €
2.	19	159,57 €	319,14 €	478,71 €	638,28 €	1.595,70 €
3.	20	151,53 €	303,06 €	454,59 €	606,12 €	1.515,30 €
4.	21	143,31 €	286,62 €	429,93 €	573,24 €	1.433,10 €
5.	22	135,96 €	271,92 €	407,88 €	543,84 €	1.359,60 €
6.	23	128,94 €	257,88 €	386,82 €	515,76 €	1.289,40 €
7.	24	122,28 €	244,56 €	366,84 €	489,12 €	1.222,80 €
8.	25	116,28 €	232,56 €	348,84 €	465,12 €	1.162,80 €
9.	26	110,28 €	220,56 €	330,84 €	441,12 €	1.102,80 €
10.	27	104,91 €	209,82 €	314,73 €	419,64 €	1.049,10 €
11.	28	99,78 €	199,56 €	299,34 €	399,12 €	997,80 €
12.	29	94,95 €	189,90 €	284,85 €	379,80 €	949,50 €
13.	30	90,54 €	181,08 €	271,62 €	362,16 €	905,40 €
14.	31	86,37 €	172,74 €	259,11 €	345,48 €	863,70 €
15.	32	82,56 €	165,12 €	247,68 €	330,24 €	825,60 €
16.	33	78,81 €	157,62 €	236,43 €	315,24 €	788,10 €
17.	34	75,51 €	151,02 €	226,53 €	302,04 €	755,10 €
18.	35	72,24 €	144,48 €	216,72 €	288,96 €	722,40 €
19.	36	69,12 €	138,24 €	207,36 €	276,48 €	691,20 €
20.	37	66,27 €	132,54 €	198,81 €	265,08 €	662,70 €
21.	38	63,48 €	126,96 €	190,44 €	253,92 €	634,80 €
22.	39	60,81 €	121,62 €	182,43 €	243,24 €	608,10 €
23.	ab 40	60,00 €	120,00 €	180,00 €	240,00 €	600,00 €

Das Pflegemonatsgeld wird auch gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften, sondern von Pflegepersonen (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) übernommen wird.

2. Pflegebonus

Nach Ablauf von 15 Versicherungsjahren (vgl. § 17 Absatz 1.2 AVB/GEPV 2017) besteht Anspruch auf ein erhöhtes Pflegemonatsgeld.

Die Berechnung dieses Zeitraumes richtet sich grundsätzlich nach dem Eintrittsalter. Die in Satz 1 genannte Frist beginnt jedoch frühestens mit Ablauf des Jahres, in dem der Versicherungsnehmer sein 18. Lebensjahr vollendet.

Das erhöhte Pflegemonatsgeld ist abhängig von der jeweiligen Leistungsgruppe.

Das um den Pflegebonus bereits erhöhte Pflegemonatsgeld ist aus nachfolgender Übersicht ersichtlich:

Leistungsgruppe	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1.	319,14 €	478,71 €	1.116,99 €	1.436,13 €	1.755,27 €
2.	319,14 €	478,71 €	1.116,99 €	1.436,13 €	1.755,27 €
3.	303,06 €	454,59 €	1.060,71 €	1.363,77 €	1.666,83 €
4.	286,62 €	429,93 €	1.003,17 €	1.289,79 €	1.576,41 €
5.	271,92 €	407,88 €	951,72 €	1.223,64 €	1.495,56 €
6.	257,88 €	386,82 €	902,58 €	1.160,46 €	1.418,34 €
7.	244,56 €	366,84 €	855,96 €	1.100,52 €	1.345,08 €
8.	232,56 €	348,84 €	813,96 €	1.046,52 €	1.279,08 €
9.	220,56 €	330,84 €	771,96 €	992,52 €	1.213,08 €
10.	209,82 €	314,73 €	734,37 €	944,19 €	1.154,01 €
11.	199,56 €	299,34 €	698,46 €	898,02 €	1.097,58 €
12.	189,90 €	284,85 €	664,65 €	854,55 €	1.044,45 €
13.	181,08 €	271,62 €	633,78 €	814,86 €	995,94 €
14.	172,74 €	259,11 €	604,59 €	777,33 €	950,07 €
15.	165,12 €	247,68 €	577,92 €	743,04 €	908,16 €
16.	157,62 €	236,43 €	551,67 €	709,29 €	866,91 €
17.	151,02 €	226,53 €	528,57 €	679,59 €	830,61 €
18.	144,48 €	216,72 €	505,68 €	650,16 €	794,64 €
19.	138,24 €	207,36 €	483,84 €	622,08 €	760,32 €
20.	132,54 €	198,81 €	463,89 €	596,43 €	728,97 €
21.	126,96 €	190,44 €	444,36 €	571,32 €	698,28 €
22.	121,62 €	182,43 €	425,67 €	547,29 €	668,91 €
23.	120,00 €	180,00 €	420,00 €	540,00 €	660,00 €

Beispiel:

Der Versicherungsnehmer schließt den Vertrag im Alter von 30 Jahren ab (Leistungsgruppe 13.). Dann erhält er den Pflegebonus nach Ablauf des Jahres, in dem er 45 Jahre alt wird. Er hätte dann in Pflegegrad 5 inklusive Pflegebonus einen Anspruch auf ein monatliches Pflegegeld von 995,94 Euro.

Leistungen des Versicherungsnehmers

3. Monatliche Beitragsraten

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

Ergänzungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Tarife **BME, BMK, BMKD, BMZ1, BMZ2, BMUNI, BMG, BMZ1G, KTC, KTN2, KTAG, KTOG, KDT, KDT50/85, KDTP100, KDBE, KAB, KNHB, KSHR, KHMR, KAZM, KAMP, UZ1/2, KS1/2, KVO80, PTG, PZU50, PZU100, KKHT, KKUR und KBCK**

Sehr geehrte Versicherte,
sehr geehrter Versicherter,

mit Ihrer Beitrittserklärung haben Sie sich zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag angemeldet. Dies ist für Sie mit vielen Vorteilen verbunden. Zum Beispiel ist der zu zahlende Beitrag **günstiger** als im entsprechenden Tarif der Einzelversicherung. Darüber hinaus bestehen grundsätzlich **keine Wartezeiten**.

Im Rahmen dieses Gruppenvertrages gelten die vereinbarten AVB mit folgenden Besonderheiten:

1. Gruppenversicherungsvertrag

Wir haben den Gruppenversicherungsvertrag mit dem jeweiligen Gruppenvertragspartner geschlossen. Dieser gilt im Rahmen dieses Vertrages als Versicherungsnehmer. Sie als Versicherter haben aber einen unmittelbaren Anspruch auf unsere Versicherungsleistungen. In den beiliegenden AVB sprechen wir Sie daher direkt als Versicherungsnehmer an. Zudem erhalten Sie einen Auszug aus dem Gruppenversicherungsvertrag mit den für Sie relevanten Bestimmungen.

2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 2.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem in Ihrem Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Bei den Tarifen KBCK, KDT, KKHT, KKUR, KTOG, KVO80 und UZ1/2 müssen zusätzlich die Wartezeiten abgelaufen sein.
- 2.2 Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, gilt abweichend von den AVB Folgendes: Sie fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Für die Tarife UZ1/2, KVO80, PTG, PZU50, PZU100, KKHT, KKUR, KTOG und KBCK gelten diese Regelungen nicht. Es gelten stattdessen Nr. 1.4 AVB der Tarife UZ1/2, KKHT, KKUR, Teil 1 Nr. 4 AVB des Tarifs KVO80, Teil 1 Nr. 9.2 AVB des Tarifs PTG, Teil 1 Nr. 6.2 AVB der Tarife PZU50, PZU100, Teil 1 Nr. 4.2 des Tarifs KTOG, Teil 1 Nr. 5.2 AVB des Tarifs KBCK mit folgender Besonderheit: Es kommt nicht auf den Abschluss des Vertrages an, sondern auf den Zeitpunkt, in welchem die Beitrittserklärung zugeht.
- 2.3 In der Krankheitskostenversicherung gilt für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die derzeitige Schwangerschaft (einschließlich einer etwaigen Früh- oder Fehlgeburt), der Schwangerschaftsabbruch, schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen, Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen. Diese Regelung gilt nicht für Tarif UZ1/2.

3. In welchem Umfang besteht der Versicherungsschutz?

- 3.1 Wir übernehmen für alle versicherbaren Personen, für die eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- 3.2 Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den AVB, dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- 3.3 Bei erhöhten Risiken können wir einen Ausschluss für bestimmte Leistungen festlegen oder einen Risikozuschlag erheben. Lehnen Sie die Zahlung des Risikozuschlags ab, gilt Folgendes: Für die Krankheiten und Unfallfolgen, für die wir den Risikozuschlag verlangt haben, besteht kein Versicherungsschutz. Diese Regelung gilt nicht für die Tarife KSHR, UZ1/2, KVO80, KKHT, KKUR, KTOG, KDT und KBCK. Für die Tarife PTG, PZU50 und PZU100 können Sie die Zahlung eines Risikozuschlags nicht ablehnen.
- 3.4 Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge können auf Ihren Antrag entfallen. Voraussetzung ist, dass für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Der Entfall wird dann zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt.
- 3.5 Es gilt folgender Höchstsatz für die Krankenhaustagegeldversicherung: Insgesamt können Sie bei uns maximal 65 EUR Krankenhaustagegeld versichern.
- 3.6 Es gelten folgende Höchstsätze für die Krankentagegeldversicherung:
Tarife KTC, KTAG: Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.

Tarif KTN2: Für den 55 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 300 EUR Krankentagegeld versichern. Für Freiberufler gelten abweichend folgende Höchstsätze: Für den 280 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.

3.7 Auch in der Pfl egetagegeldversicherung gelten Höchstsätze. Diese ergeben sich aus den AVB der entsprechenden Tarife. Bei Kombinationen gelten besondere Höchstsätze. Diese ergeben sich aus den Annahmebedingungen der jeweiligen Tarife. Wir informieren Sie gern hierüber.

4. Gibt es Wartezeiten?

Es gibt - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KVO80, KKHT, KKUR, KTOG, KDT und KBCK - keine Wartezeiten.

5. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

Es gelten die Regelungen der vereinbarten AVB, soweit sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben.

6. Welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es und wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 Eine Mindestversicherungsdauer gibt es - mit Ausnahme der Tarife UZ1/2, KVO80, KKHT, KKUR, KTOG und KBCK - nicht.

6.2 Sie können sich von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden, frühestens aber zum Ablauf einer etwaigen Mindestversicherungsdauer. Ihre Abmeldung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Frist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auch auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Scheiden Sie aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.

6.3 In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir auf unser ordentliches Kündigungsrecht, auch wenn die AVB des Tarifs ein solches vorsehen.

6.4 Die Versicherung endet bei

- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw.
- Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.

In der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Kurtagegeldversicherung sowie in der Pflegezusatzversicherung besteht in diesen Fällen für schwebende Versicherungsfälle weiter Versicherungsschutz. Dieser endet spätestens vier Wochen nach der Beendigung der Versicherung.

6.5 In der Krankentagegeldversicherung gelten folgende Besonderheiten:

- Kündigen wir den Gruppenvertrag, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach der Beendigung.
- Besteht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Die Versicherung besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Sie endet aber spätestens 52 Wochen nach Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit. Diese Regelung gilt nicht für den Tarif KTOG.
- Sie haben einen Anspruch auf Umwandlung in eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn die Krankentagegeldversicherung wegen Entfall der Versicherungsfähigkeit beendet wird. Dies gilt auch bei Beendigung wegen des Bezugs von Altersrente bzw. Vollendung des 70. oder 75. Lebensjahres. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person länger als drei Monate versichert war. Die Umwandlung ist nur zulässig, wenn dadurch das bei uns insgesamt versicherte Krankenhaustagegeld einen Tagegeldsatz von 65 EUR nicht übersteigt. Sie müssen den Antrag auf Umwandlung spätestens bis zum Ablauf des zweiten Monats nach Beendigung der Versicherung stellen. Dieser Anspruch besteht nicht im Tarif KTOG.

6.6 Die weiteren Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den vereinbarten AVB.

7. Wann kann die Versicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden?

7.1 Endet die Versicherung besteht folgender Anspruch: Sie bzw. die betroffene mitversicherte Person können die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung rechnen wir an. Bei einer Beendigung des Gruppenvertrages informieren wir Sie bzw. die mitversicherte Person über das Fortführungsrecht. Dieses endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem Sie bzw. die mitversicherte Person von diesem Recht erfahren haben. Das Fortführungsrecht gilt nicht, wenn die Versicherung durch außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt beendet wurde.

7.2 Die Zeit, in welcher im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages eine ununterbrochene Versicherung bestand, berücksichtigen wir wie folgt: Wir rechnen sie auf die Fristen und Wartezeiten der beantragten Tarife in der Einzelversicherung an.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG



Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluß sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Unternehmen, die in gemeinsamen Datenbanken ihre Stammdaten verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen

DKV Deutsche Krankenversicherung AG	ERGO Direkt Krankenversicherung AG ERGO Direkt Lebensversicherung AG ERGO Direkt Versicherung AG	ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG	ERGO Versicherung AG Victoria Lebensversicherung AG VORSORGE Lebensversicherung AG
-------------------------------------	--	--	--

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	ERGO Beratung und Vertrieb AG	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
	ERGO Group AG	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, zur Prüfung einer Leistungspflicht, In- und Outbound-Telefonie)
	ITERGO Informationstechnologie GmbH	IT-Dienstleister
DKV Deutsche Krankenversicherung AG	Almeda GmbH, Europäische Reiseversicherung AG	In- und Outbound-Telefonie
	Medicomp GmbH	Übermittlung von Hilfsmittelaufträgen an Leistungserbringer über zentrales Medium der Medicomp GmbH
	PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
ERGO Versicherung AG	D.A.S. Rechtsschutz Leistungs-GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	gesundheitliche Risikoprüfung im Rahmen der Betriebskostenversicherung
	KA Köln.Assekuranz Agentur GmbH	Vermittlung, Antrags- und Leistungsbearbeitung, Vertragsverwaltung
	Legal Net GmbH	Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Durchführung eines Versicherungsverhältnisses (zur Prüfung einer Leistungspflicht)
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG Victoria Lebensversicherung AG	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Risikoprüfung bei besonders hohen Risiken
	VORSORGE Lebensversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung Vertragsverwaltung
ERGO Lebensversicherung AG ERGO Pensionsfonds AG ERGO Pensionskasse AG Victoria Lebensversicherung AG VORSORGE Lebensversicherung AG	Longial GmbH	Verwaltung von Versorgungsverträgen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleistungskategorie	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung
	Call-Center	In- und Outbound-Telefonie
	IT- und Telekommunikationsdienstleister (T-Systems u. a.)	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
	Telefonstudios (FWS, TNS u. a.)	Kundenzufriedenheitsbefragungen
	Assisteure (ALLYSCA, GDV u. a.)	Assistanceleistungen
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
	Kooperationspartner im Bereich Reparatur	Unterstützung bei der Schadenregulierung durch Reparaturen
	Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen/Anwendungen
	Inkassounternehmen, Rechts-anwaltskanzleien	Forderungseinzug
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Dokumenten-Management	Aufbereiten, Sortieren und Scannen von Eingangspost
	Archivierung	Archivierung von Akten
Sachverständige	Unterstützung bei der Schadensregulierung	