

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Stand 01.11.2013

Teil I Musterbedingungen (MB/EPV 2009)

Teil II Tarifbedingungen

Tarif PS und Tarif PE

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.

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

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

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

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

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

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

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

- a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung

oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

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

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

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

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

zu § 1 (11) MB/EPV 2009 Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

1. zu § 2 MB/EPV 2009 Vertragsdauer

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

2. zu § 2 MB/EPV 2009 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1.7. eines Jahres bis 30.6. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.6. des betreffenden Jahres.

3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer bietet, soweit die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflegetagegeld wegen der Entwicklung der Pflegekosten zu erhöhen. Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflegetagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb derer der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

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

Die Bestimmungen für die Erhöhung des Versicherungsschutzes finden grundsätzlich Anwendung. Für die Anpassung entfallen jedoch erneute Wartezeiten und eine erneute Risikoprüfung.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 3 MB/EPV 2009 Entfall der Wartezeiten

Die Wartezeit entfällt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

zu § 4 MB/EPV 2009 erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung erbracht.

(2) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

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) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

1. zu § 5 c) MB/EPV 2009 Leistungspflicht im Ausland

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

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

2. zu § 5 d) MB/EPV 2009 Leistungspflicht bei vollstationärer Behandlung

Abweichend von § 5 d) leistet der Versicherer beim Tarif PS, wenn dieser geschlechtsunabhängig kalkuliert ist, auch während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus und einer stationären Rehabilitationsmaßnahme fort.

- e) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwächt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- f) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwedende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

1. zu § 8 (1) MB/EPV 2009 Beitragsrate

- Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.
- Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für erwachsene Mitglieder mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.

Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 (4) MB/EPV 2009.

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

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

2. zu § 8 (3) MB/EPV 2009 Fälligkeit Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei späterem Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

3. zu § 8 (5) MB/EPV 2009 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

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

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

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

1. zu § 8a (2) MB/EPV 2009 Beitragsberechnung

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

2. zu § 8a (2) MB/EPV 2009 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Pflegekrankenversicherungstarifen zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes jährlich zugeschrieben und verwendet.

3. zu § 8a (2) MB/EPV 2009 Zuzahlung von Einmalbeiträgen

Der Versicherungsnehmer hat nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherten jederzeit das Recht, Einmalbeiträge zur dauernden Senkung der Beiträge einzuzahlen. Dieses Recht beschränkt sich auf Tarife, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird und darf nur insoweit ausgeübt werden, als un-

ter Berücksichtigung der Beträge gemäß Ziffer 2 der niedrigste Erwachsenenbeitrag nicht unterschritten wird. Auch bei Wechsel in einen anderen Tarif oder eine andere Tarifstufe bleibt der Nachlass grundsätzlich erhalten.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Rechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

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

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

zu §8b MB/EPV 2009 Beitragsanpassung

Für den Vergleich der Versicherungsleistungen beträgt der tariflich vereinbarte Vomhundertsatz zu Tarif PE 7,5 %, zu Tarif PS 5 %. Für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt zu Tarif PE und zu Tarif PS der gesetzliche Vomhundertsatz von 5 %.

§ 9 Obliegenheiten

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

1. zu § 9 (1) MB/EPV 2009 Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab ärztlicher Feststellung anzugeben.

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

2. zu § 9 (2) MB/EPV 2009 Anzeigepflicht

Auf die Anzeige des Bestehens eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V wird verzichtet.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

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

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

3. zu § 9 (6) MB/EPV 2009 Einwilligung bei weiteren Pflegeversicherungen

Das Einverständnis nach § 9 (6) bezieht sich auf weitere Pflegekrankenversicherungen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei ver spätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer; Ruhenszeit bei Hilfebedürftigkeit

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

1. zu § 13 (1) MB/EPV 2009 Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche dazu die Ziffern 1 und 2 zu § 2 MB/EPV 2009.

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmeldung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

2. zu § 13 (6) MB/EPV 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

3. zu § 13 (2) MB/EPV 2009 Ruhenszeit bei Hilfebedürftigkeit

Wurde der Tarif PS geschlechtsunabhängig kalkuliert und besteht daneben ein Tarif PZ/PZM, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen, wenn er Hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftig werden würde und der Tarif PZ/PZM gleichzeitig ins Ruhens gestellt wird.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

Es besteht keine Leistungspflicht während der Ruhenszeit. Für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle wird erst nach Wiederaufleben der Versicherung gezahlt.

Während der Ruhenszeit sind keine Beiträge zu zahlen.

Der Lauf der in diesen Bedingungen festgelegten Fristen wird nicht unterbrochen.

Die Ruhenszeit endet mit der Beendigung der Hilfebedürftigkeit, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

zu § 14 (1) MB/EPV 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (1) MB/EPV 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

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

zu § 15 MB/EPV 2009 Trennung von Vertragsteilen

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seinen Vertragsteil als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleichermaßen gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht 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.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

(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 Auskunfts- 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 bezieht 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.

Tarif PS

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erbringt im Rahmen der vereinbarten Tarifeinheiten und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Teil I: Musterbedingungen MB/EPV 2009, Teil II: Tarifbedingungen) folgende Leistungen:

- Monatliches Pflegegeld
- Zahlung des für häusliche / teilstationäre Pflege (folgend: ambulante Pflege) vereinbarten monatlichen Pflegegeldes,
- Zahlung des für vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege (folgend: stationäre Pflege) vereinbarten monatlichen Pflegegeldes

in der Tarifeinheit

PS0 bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 0

PS1 bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I

PS2 bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II

PS3 bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III

Beschreibung der Pflegestufen

- Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz/ Demenz) liegt vor bei pflegebedürftigen Personen, die noch

nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, in ihrer Alltagskompetenz aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen aber auf Dauer erheblichen Einschränkungen unterliegen, so dass ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.

- Pflegestufe I liegt vor bei erheblich pflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegestufe II liegt vor bei schwerpflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegestufe III liegt vor bei schwerstpflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

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

Höhe der Leistungen

Das vereinbarte monatliche Pflegegeld darf sowohl für ambulante Pflege wie für die stationäre Pflege in der Pflegestufe 0 nicht höher sein als in der Pflegestufe I, in der Pflegestufe I nicht höher sein als in der Pflegestufe II und in der Pflegestufe II nicht höher sein als in der Pflegestufe III.

Wurde der Tarif PS geschlechtsunabhängig kalkuliert und besteht daneben ein Tarif PZ/PZM, so gilt:

Das in den Tarifen PS und PZ/PZM vereinbarte monatliche Pflegegeld darf zusammen sowohl für die ambulante Pflege wie für die stationäre Pflege in der Pflegestufe 0 nicht höher sein als in der Pflegestufe I, in der Pflegestufe I nicht höher sein als in der Pflegestufe II und in der Pflegestufe II nicht höher sein als in der Pflegestufe III.

Innerhalb einer Pflegestufe darf es für die ambulante Pflege nicht höher sein als für die stationäre Pflege.

Die vorstehenden Regelungen gelten auch, wenn für eine Pflegestufe eine Anwartschaftsversicherung für ambulante Pflege und/ oder für die stationäre Pflege abgeschlossen wird.

Ist innerhalb einer Pflegestufe für die stationäre Pflege ein höheres Pflegegeld als für die ambulante Pflege vereinbart, kann der Versicherer bei stationärer Pflege auch einen Nachweis verlangen, dass die stationäre Pflege von der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung befürwortet wird. Befürwortet die private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung die stationäre Pflege nicht, besteht ein Leistungsanspruch nur in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes. Wird der Nachweis der Befürwortung einer stationären Pflege nicht innerhalb von zwei Monaten nach Aufforderung durch den Versicherer erbracht, besteht während der Dauer der stationären Pflege solange nur Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes wie der angeforderte Nachweis beim Versicherer nicht vorliegt. Das höhere Pflegegeld ist dann ab dem Ersten des Monats zu zahlen, der auf den Eingang des Nachweises beim Versicherer folgt.

Zeitpunkt der Leistungserbringung

Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden in Abweichung von § 6 (1) MB/EPV 2009 bereits zu Beginn des Monats erbracht, der auf die Feststellung der Pflegebedürftigkeit folgt. Entsprechendes gilt für die Leistungserbringung bei einer Veränderung der Pflegestufen sowie bei einem Wechsel von der ambulanten Pflege in die stationäre Pflege und umgekehrt. Über die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist ein Nachweis zu erbringen. Erfolgt der Nachweis später als drei Monate nach dieser Einstufung werden die Leistungen

vom Beginn des Monats erbracht, in dem der Nachweis beim Versicherer eingegangen ist.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ein ärztliches Gutachten.

Liegt bereits eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, ist diese Einstufung für die Festlegung der Pflegestufe in der abgeschlossenen Tarifeinheit maßgeblich. In diesem Fall entfällt die gesonderte ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 9 (1) Teil I MB/EPV 2009.

Liegt keine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, insbesondere weil der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sich der Versicherte wegen der Einstufung der Pflegebedürftigkeit von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Beauftragung wird in der Regel an einen in Deutschland ansässigen Arzt erfolgen. Dessen Reisekosten ins Ausland und nach Deutschland sind vom Versicherten zu tragen.

Assistanceleistungen

Nach Eintritt des Versicherungsfalls hat die versicherte Person – sofern die Assistanceleistung in Deutschland durchgeführt wird – Anspruch auf:

- Benennung und Vermittlung von Fahrdiensten zu Ärzten und Behörden,
- Organisation einer Essensauslieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst (tägliche oder wöchentliche Anlieferung),
- Organisation einer Einkaufshilfe, die die Einkäufe des täglichen Bedarfes und die Arzneimittelbeschaffung erledigt, den Einkaufszettel zusammenstellt und die eingekauften Lebensmittel unterbringt,
- Organisation einer Hilfe, die das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche, die Schuhpflege und die Reinigung der Wohnung übernimmt,
- Organisation einer Tag- und/oder Nachtwache zur pflegerischen Versorgung,
- Organisation einer Beratung zum behindertengerechten Umbau von Wohnungen und Kraftfahrzeugen,
- Benennung und Vermittlung des Anschlusses eines Hausnotrufgerätes ggf. auch temporär zur Überbrückung der Zeit bis zu einer stationären Aufnahme,
- Vermittlung von ambulanten Pflegediensten in der Region oder am Wohnort des Versicherten,
- Vermittlung von Plätzen in seniorengerechten Einrichtungen z.B. in Seniorenwohnenheimen, Seniorenwohngemeinschaften, betreutem Wohnen, Alten- und Pflegeheimen, Kurzzeitpflegeplätze, Hospizplätze,
- Benennung von europaweiten Adressen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Organisation einer Kinderbetreuung,
- Benennung einer Tierpension bzw. eines Tierheims zur Haustierversorgung,
- Vermittlung einer ärztlichen Beratung im Rahmen der Pflegebedürftigkeit.

Versicherungsschutz besteht nur für die Benennung bzw. Vermittlung, nicht für die Bezahlung der benannten bzw. vermittelten Leistung.

Europageltung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich abweichend zu §§ 1 Abs. 11 und 5 c) MB/EPV 2009 auch auf Pflege in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz. Dementsprechend führt die Verlegung des Wohn-

sitzes der versicherten Person in einen dieser Staaten in Abweichung zu § 15 Abs. 3 MB/EPV 2009 nicht zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person.

Einmalzahlung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit (optional)

Tarifeinheit PSU

Zahlung des vereinbarten Einmalbetrags aus der Tarifeinheit PSU, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls erstmals pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden. Voraussetzung für die Leistung bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird. Der Anspruch auf die schriftlich geltend gemachte Einmalzahlung ist dann einen Monat nach Eingang des ärztlichen Nachweises beim Versicherer fällig, jedoch nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach dem Unfall.

Der Anspruch auf Einmalzahlung besteht nicht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall verstirbt.

Beitragsbefreiung

Wird eine versicherte Person pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) entfällt für sie die Pflicht zur Beitragszahlung. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Monat, der auf die Einstufung in die Pflegestufe folgt. Sie endet mit Ablauf des Monats in dem Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0 vorliegt oder keine Pflegebedürftigkeit mehr gegeben ist.

Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres

- (1) Der Versicherer erhöht das monatliche Pflegegeld in den versicherten Tarifeinheiten alle 2 Jahre zum Ersten des Monats des Versicherungsbeginns um 5 %. Voraussetzung für die Anpassung ist,
 - a) dass die versicherte Person das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - b) dass der Versicherungsschutz in allen vereinbarten Tarifeinheiten in den letzten 24 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes nicht geändert hat.

Eine Beitragsbefreiung steht der planmäßigen Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes nicht entgegen.

- (2) Die Anpassung darf in der Tarifeinheit PS3 nicht zu einer Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes auf über 4500,- Euro führen. Würde sich durch die Anpassung ein höheres monatliches Pflegegeld ergeben, wird dieses auf 4500,- Euro begrenzt. Auch die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 können dann nicht mehr nach dieser Vorschrift angepasst werden.

Der Höchstbetrag kann mit Zustimmung des Treuhänders für Prämienänderungen (§ 12b VAG) der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

- (3) Die Erhöhung bezieht sich auf das zuletzt vereinbarte monatliche Pflegegeld und wird auf den nächsten vollen Euro aufgerundet. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge und Ausschlüsse für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend. Der Versicherungsnehmer wird über die Leistungsanpassungen spätestens einen Monat vor deren Wirksamwerden informiert.

Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach deren Wirksamwerden schriftlich widerspricht. Macht der Versicherungsnehmer an drei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen von seinem Widerspruchsrecht Gebrauch, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen nach dieser Vorschrift.

(4) Die vorstehenden Regelungen gelten in Abweichung zu Teil II Tarifbedingungen (3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes).

Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags nach Vollendung des 70. Lebensjahres („D“) (optional)

(1) Der Versicherer bietet, wenn die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat und das Recht auf künftige Leistungsanpassungen nicht bereits gemäß dem Abschnitt „Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres“ unter Absatz 3 letzter Satz erloschen ist, alle 2 Jahre zum Ersten des Monats des Versicherungsbegangs Gelegenheit, das monatliche Pflegegeld um 5 % zu erhöhen. Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden, das dem Versicherungsnehmer zum Anpassungszeitpunkt zugesandt wird. Nimmt der Versicherungsnehmer an drei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen.

Die im Abschnitt „Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres“ unter Absatz 1 b) und unter Abs. 2 aufgeführten Voraussetzungen gelten entsprechend, ebenso die Ausführungen im dortigen Absatz 3 zur Berechnung des Beitrags.

Eine Beitragsbefreiung steht der planmäßigen Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes nicht entgegen.

(2) Die vorstehenden Regelungen gelten in Abweichung zu Teil II Tarifbedingungen (3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes).

Anwartschaftsversicherung (AWV) (optional)

Abschluss

Der Abschluss einer AWV ist für die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 möglich.

Leistungsinhalt

Durch den Abschluss einer AWV wird das Recht erworben, die in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten bei gleichbleibender Höhe des monatlichen Pflegegeldes in Kraft zu setzen. Während der Laufzeit der AWV ist der Versicherer hinsichtlich der in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten leistungsfrei. Ab dem Umwandlungstermin beginnt die Leistungspflicht des Versicherers, die ohne erneute Gesundheitsprüfung alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen umfasst.

Der Antrag auf Inkraftsetzung der in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten kann zum Zeitpunkt der Vollendung des 30., des 35., des 40., des 45., des 50., des 55., des 60. und des 65. Lebensjahres gestellt werden. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag ist mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Umwandlungstermin zu stellen. Eine Antragstellung ist nicht möglich, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

Beiträge

Die Beiträge für die AWV betragen, sofern keine Versicherung nach Tarif PS vorangegangen ist oder eine solche zu Beginn der Anwartschaft längstens 5 Jahre bestanden hat, 5 %, sonst 1 % des jeweils für den Versicherten geltenden Beitrages der in Anwartschaft stehenden Tarifeinheit. Ändert sich deren Beitrag, ändert sich der Beitrag der AWV entsprechend.

Ab dem Umstellungstermin sind die dann gültigen Beiträge zu entrichten. Der Beitragsberechnung wird das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter des Versicherten zugrunde gelegt.

Beendigung

Mit der Umstellung in die in Anwartschaft stehende Tarifeinheit endet die AWV. Wird von dem letztmaligen Recht auf Umstellung kein Gebrauch gemacht oder wird die AWV gekündigt, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Die AWV endet darüber hinaus zum Ersten des Monats, in welchem bei der versicherten Person Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Anpassung des Versicherungsschutzes an gesetzliche Rahmenbedingungen

Führt der Versicherer aufgrund einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung einen neuen Pflegegeldtarif ein, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt, wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer ein Angebot auf Umstellung in den neuen Pflegegeldtarif in der bisherigen Höhe des Pflegegeldes unterbreiten. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Ein Angebot wird nicht unterbreitet, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsbereich des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Die Tarifeinheit PSU kann nicht ohne die Tarifeinheit PS3 bestehen.

Tarif PE

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegegeld, und zwar im Tarif PE1 in der

Pflegestufe I: 30 Prozent; Pflegestufe II: 60 Prozent; Pflegestufe III: 100 Prozent des versicherten Tagessatzes.

Im Tarif PE2 wird die Zahlung des Pflegegeldes auf die Pflegestufen II und III begrenzt.

Im Tarif PE3 wird die Zahlung des Pflegegeldes auf die Pflegestufe III begrenzt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen ist der Hilfebedarf im Bereich

- der Körperpflege mit den Verrichtungen Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung,
- der Ernährung mit den Verrichtungen mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung,
- der Mobilität mit den Verrichtungen selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- der hauswirtschaftlichen Versorgung mit den Verrichtungen Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder Beheizen.

Es gelten als Pflegebedürftige

- der Pflegestufe I
erheblich pflegebedürftige Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

– der Pflegestufe II

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

– der Pflegestufe III

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

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

Assistance-/Service-Hotline

Unter der Telefonnummer 0711 – 99 52 20 72

gibt der Versicherer im Zusammenhang mit der Antragstellung auf Pflegetagegeld gerne Auskunft über verschiedene pflegebezogene Dienstleistungen und benennt hierzu auf Wunsch auch Dienstleistungsanbieter.

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Der zu versichernde Tagessatz muss mindestens EUR 10,– betragen.

Diese Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen (MB/EPV 2009)

Teil II: Tarifbedingungen