

# Tarif PG

## Tarifstufen PGA und PGS

### Pflegemonatsgeldversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) mit Tarifbedingungen 2017 (TB/EPV 2017).

#### I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif PG sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und vor Abschluss des Versicherungsvertrages noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist vom Antragsteller bei Abschluss des Vertrages in Textform zu bestätigen.

Das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen. Endet die gesetzliche Pflegeversicherung, so endet die Versicherung nach Tarif PG für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die gesetzliche Pflegeversicherung weggefallen ist.

Die Tarifstufen PGA und PGS können nur gemeinsam versichert werden; ein isolierter Abschluss einer der beiden Tarifstufen ist nicht möglich. Endet die Versicherung in der Tarifstufe PGA bzw. der Tarifstufe PGS, so endet auch die Versicherung nach Tarifstufe PGS bzw. nach Tarifstufe PGA.

Bei Neuabschluss wird in Tarifstufe PGA und in Tarifstufe PGS jeweils ein individueller Monatssatz für die Höhe des Pflegemonatsgeldes vereinbart. Dieser muss in beiden Tarifstufen während der gesamten Vertragsdauer jeweils mindestens 300 EUR betragen. Die Differenz der vereinbarten Monatssätze der Tarifstufen PGA und PGS darf während der gesamten Vertragsdauer nicht größer sein als 600 EUR. Die Höhe des vereinbarten Monatssatzes wird jeweils bei der Tarifbezeichnung angegeben. Ist z. B. in der Tarifstufe PGA ein Monatssatz von 600 EUR vereinbart, so lautet die Tarifbezeichnung PGA/600. Ist in der Tarifstufe PGS ein Monatssatz von 1.000 EUR vereinbart, so lautet die Tarifbezeichnung PGS/1000.

Während des Bezugs von Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit kann eine Absenkung der in den Tarifstufen PGA und PGS versicherten Monatssätze nur einheitlich erfolgen; das heißt, die Absenkung des Monatssatzes in der Tarifstufe PGA bzw. der Tarifstufe PGS führt gleichzeitig zu demselben Absenkungsbetrag in der jeweils anderen Tarifstufe. Wird zum Beispiel der Monatssatz der Tarifstufe PGA um 500 EUR gesenkt, so muss auch der Monatssatz der Tarifstufe PGS um 500 EUR gesenkt werden. Der Mindestbetrag von 300 EUR darf allerdings in keiner Tarifstufe unterschritten werden.

#### II. Wartezeit

Die Wartezeit gemäß § 3 (2) MB/EPV 2017 entfällt.

#### III. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Bei nachgewiesener **Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 1, 1a MB/EPV 2017**, für die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, wird ein Pflegemonatsgeld gezahlt, das nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der Pflege gestaffelt ist.

**Bei ambulanter oder teilstationärer Pflege (Tarifstufe PGA)** beträgt das Pflegemonatsgeld bei Pflegebedürftigkeit nach

Pflegegrad 1	10 %
Pflegegrad 2	30 %
Pflegegrad 3	50 %
Pflegegrad 4	80 %
Pflegegrad 5	100 %

des für die **Tarifstufe PGA** vereinbarten Monatssatzes.

**Bei vollstationärer Pflege (Tarifstufe PGS)** beträgt das Pflegemonatsgeld bei Pflegebedürftigkeit nach

Pflegegrad 1	10 %
Pflegegrad 2	100 %
Pflegegrad 3	100 %
Pflegegrad 4	100 %
Pflegegrad 5	100 %

des für die **Tarifstufe PGS** vereinbarten Monatssatzes.

#### IV. Allgemeine Bestimmungen und Definitionen

**Vollstationäre Pflege** liegt vor, wenn die versicherte Person ganztägig und dauerhaft in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) untergebracht ist. Stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne dieses Tarifs sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig untergebracht und verpflegt werden können.

Keine stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne dieses Tarifs sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen), sowie Krankenhäuser.

Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der stationären Pflegeeinrichtung unterbricht die vollstationäre Pflege nicht, solange der Pflegeplatz der versicherten Person freigehalten wird. Auf Verlangen des Versicherers ist das Freihalten des Pflegeplatzes für die versicherte Person in Textform nachzuweisen. Falls kein Nachweis vorgelegt wird, werden für den entsprechenden Zeitraum die Leistungen gemäß Tarifstufe PGA erbracht.

**Teilstationäre Pflege** liegt vor, wenn die versicherte Person nur tagsüber oder nachts in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht ist (Tages- oder Nachtpflege) oder wenn die versicherte Person nur vorübergehend in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht ist, weil die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.

**Ambulante Pflege** liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer eigenen Wohnung oder in einer anderen Einrichtung, die keine stationäre Pflegeeinrichtung ist (z. B. einem Seniorenwohnheim), gepflegt wird. Dabei ist es unerheblich, ob die Pflege von einer Pflegeperson oder einer Pflegefachkraft erbracht wird.

Eine Leistungspflicht besteht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 (1) Nr. 2 und (2) SGB XI (siehe Anhang zu den MB/EPV 2017) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht (z. B. bei Erhalt von Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit von einem anderen Kostenträger - wie der gesetzlichen Unfallversicherung - oder u. U. für die Dauer eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus, in einer Rehabilitationsklinik oder ähnlichen Einrichtungen). § 5 (1) d) und f) MB/EPV 2017 finden keine Anwendung. Auf eine Anzeige gemäß § 9 (2) MB/EPV 2017 wird verzichtet.

Das Pflegemonatsgeld wird zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem die Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Abweichend von § 6 (1) MB/EPV 2017 und der Tarifbedingung zu § 9 (1) MB/EPV 2017 wird die Pflegemonatsgeldleistung vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. vom Beginn des Ruhens des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Pflegeversicherung im Sinne von § 34 (1) Nr. 2 und (2) SGB XI (siehe Anhang zu den MB/EPV 2017) an erbracht, wenn dem Versicherer der Antrag auf Leistung innerhalb von sechs Monaten ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. des Ruhens durch die gesetzliche Pflegeversicherung zugeht. Nach Ablauf dieser Frist wird die Pflegemonatsgeldleistung vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. Die Leistungen werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 1, 1a MB/EPV 2017 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. des Ruhens in Textform nachgewiesen werden.

Bei untermonatlichem Beginn oder Ende eines Leistungsfalls wird das Pflegemonatsgeld jeweils für den vollen Monat gezahlt. Ändert sich die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5, wird für den gesamten Monat, in dem die Änderung wirksam wird, das jeweils höhere Pflegemonatsgeld gezahlt. Bei untermonatlichem Beginn oder Ende einer vollstationären Pflege wird für den gesamten Monat das Pflegemonatsgeld gemäß Tarifstufe PGS gezahlt.

Eintritt und Fortdauer eines Pflegegrades sind durch Vorlage der entsprechenden Anerkennungsunterlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung nachzuweisen. Tarifbedingung d zu § 4 MB/EPV 2017 findet keine Anwendung.

#### V. Obliegenheiten

Das Ende einer vollstationären Pflege ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. § 10 MB/EPV 2017 gilt entsprechend.

#### VI. Soforthilfe, Pflegeplatzgarantie und Vermittlung von Assistance-Leistungen

Bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 wird aus Tarifstufe PGA auf Antrag des Versicherungsnehmers eine **Soforthilfe** gezahlt. Die Soforthilfe stellt eine Vorauszahlung von Pflegemonatsgeldleistungen dar und wird mit den Pflegemonatsgeldleistungen für die unmittelbar darauffolgenden Monate verrechnet. Falls die Soforthilfe in Anspruch genommen wird, setzt die regelmäßige Zahlung der Pflegemonatsgelder erst dementsprechend später ein. Der Antrag auf Soforthilfe muss innerhalb eines Monats nach Zugang der Leistungszusage des Versicherers für die jeweiligen Pflegemonatsgeldleistungen in Textform eingereicht werden. Die Höhe der Soforthilfe bemisst sich nach dem in der Tarifstufe PGA versicherten Pflegemonatsgeld und dem Pflegegrad des Versicherten. Im Falle eines Antrags auf Soforthilfe wird, unabhängig davon, ob der Versicherte ambulant oder stationär gepflegt wird, ein Betrag in Höhe des 6-fachen Pflegemonatsgeldes gemäß Tarifstufe PGA ausgezahlt.

Nach Eintritt eines Versicherungsfalls erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers in Textform bei monatlicher Beitragszahlung eine Verrechnung der tariflichen Monatsgeldzahlung mit dem für die Tarifstufen PGA und PGS zu entrichtenden Beitrag, sofern keine Soforthilfe zu verrechnen ist.

Besteht während des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit mit einem der Pflegegrade 1 bis 5 unvermittelt rascher Bedarf an einer dauerhaften vollstationären Unterbringung der versicherten Person in einem Pflegeheim, so übernimmt der Assistent des Versicherers auf Wunsch die Vermittlung eines Platzes in einem zertifizierten Pflegeheim in Deutschland innerhalb von 24 Stunden (**Pflegeplatzgarantie**).

In den ersten sechs Monaten nach der erstmaligen Feststellung einer Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 kann eine telefonische Pflegeberatung und **Vermittlung von Assistance-Leistungen** in Anspruch genommen werden - wie z. B. Vermittlung eines qualifizierten Pflegedienstes innerhalb von 24 Stunden, Vermittlung von Hausnotrufsystemen oder von Pflegeschulungen für Angehörige, Benennung von Servicefirmen zur Wohnungsreinigung, Gartenpflege oder Schneeräumung bzw. eines Wäscheservices oder eines Menüservices. Ein Anspruch auf Kostenerstattung für die entsprechenden Assistance-Leistungen besteht nicht.

## **VII. Option auf Höherversicherung**

Versicherte Personen haben neben dem Tarifwechselrecht (siehe § 204 VVG) das Recht, bei ihrer Eheschließung oder der Geburt oder Adoption eines Kindes die versicherten Monatssätze der Tarifstufen PGA und PGS ohne Risikoprüfung innerhalb der tariflichen Höchstsätze jeweils um maximal 300 EUR zu erhöhen. Dieses Recht besteht einmalig auch bei Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer entsprechenden Berufsausbildung. Eine Erhöhung ist allerdings nur dann zulässig, wenn die Differenz der versicherten Monatssätze in den Tarifstufen PGA und PGS nach der Erhöhung nicht größer als 600 EUR ist (siehe Punkt I.).

Der nach der Umstellung zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Anrechnung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Für den bisherigen Versicherungsschutz geltende Besondere Bedingungen haben dabei auch für den geänderten Versicherungsschutz Gültigkeit; bestehende Risikozuschläge werden bei der jeweiligen Umstellung gemäß § 8a (3) MB/EPV 2017 angepasst.

Der Antrag auf Höherversicherung muss dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des jeweiligen Ereignisses spätestens zwei Monate nach Eintritt des Ereignisses in Textform zugehen. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Zugang des Antrages beim Versicherer.

## **VIII. Leistungsanpassung**

Der Versicherer vergleicht zumindest jährlich die durchschnittlichen Pflegekosten mit denen, die der letzten Leistungsanpassung zugrunde lagen. Solange noch keine Leistungsanpassung im Tarif PG durchgeführt wurde, werden die durchschnittlichen Pflegekosten mit denen verglichen, die der Erstkalkulation zugrunde lagen. Ergibt sich dabei eine Steigerung von mehr als 10 %, so werden die für die Tarifstufen PGA und PGS vereinbarten Monatssätze ohne Risikoprüfung der Kostenentwicklung angepasst und jeweils um mindestens 100 EUR angehoben. Die maximal zulässige Differenz von 600 EUR (siehe Punkt I.) ist auch bei der Leistungserhöhung zu beachten. Führt die Anhebung zu einer Überschreitung dieser Differenz, wird die Tarifstufe mit der höheren Leistung so abgesenkt, dass die maximal zulässige Differenz von 600 EUR nicht überschritten wird. Der nach der Anpassung jeweils zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Anrechnung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Für den bisherigen Versicherungsschutz geltende Besondere Bedingungen haben dabei auch für den geänderten Versicherungsschutz Gültigkeit; bestehende Risikozuschläge werden gemäß § 8a (3) MB/EPV 2017 angepasst.

Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird zu Beginn des zweiten Monats (= Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt. Eine Erhöhung eines oder beider Monatssätze entfällt rückwirkend, sofern der Versicherungsnehmer 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.

Widerspricht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander der Leistungsanpassung, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

## **IX. Beitragsanpassung**

Der Versicherer vergleicht zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (d. h. für Erwachsene sowie Kinder / Jugendliche) die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Dabei werden sämtliche Tarifstufen des Tarifs PG gemeinsam betrachtet. Bei einer Abweichung der Versicherungsleistungen um mehr als 5 % bzw. der Sterbewahrscheinlichkeiten um mehr als den gesetzlich festgelegten Prozentsatz werden die Beiträge für diese Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Satz 2 der Tarifbedingung zu § 8b (1) MB/EPV 2017 findet insoweit keine Anwendung.