

Tarif PflegePREMIUM Plus Pflegetagegeldversicherung

Stand: 01.01.2013, SAP-Nummer: 332392, 12.2014

Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex).

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif PflegePREMIUM Plus endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung endet.

II. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung

– eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45 a SGB XI bzw. § 4 H. Absätze 16 und 17 MB/PPV

– der Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I, II bzw. III.

Maßgebend ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung.

Der nachgewiesene erhebliche allgemeine Betreuungsbedarf gilt als Pflegebedürftigkeit im Sinne der AVB/EPV-VT.

1. Pflegetagegeld

Mit Eintritt der Leistungspflicht wird das vereinbarte Pflegetagegeld

1.1 für **erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf** zu **30 %** gezahlt, solange die versicherte Person nicht pflegebedürftig in einer der drei Pflegestufen ist.

1.2 für häusliche und teilstationäre Pflege

in der Pflegestufe I zu **30 %**

in der Pflegestufe II zu **60 %**

in der Pflegestufe III zu **100 %**

gezahlt, unabhängig davon, durch wen die Pflege durchgeführt wird (Pflegefachkraft, Familienangehörige, etc.).

1.3 für **vollstationäre Pflege** in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) und für **Kurzzeitpflege** in den **Pflegestufen I, II und III zu 100 %** gezahlt.

Wählt die versicherte Person vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, wird das vereinbarte Pflegetagegeld gemäß Ziffer II.1.2 gezahlt.

Maßgebend für die Frage, ob die vollstationäre Pflege erforderlich ist oder nicht, ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung.

2. Einmalzahlung

Beim erstmaligen Eintritt in die Pflegestufe I, II oder III leistet der Versicherer eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen vereinbarten Tagesatzes.

Diese Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt.

3. Beitragsfreistellung

Ab dem Eintritt der Leistungspflicht besteht abweichend von § 8 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistungspflicht wegfällt.

4. Wartezeit

Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt die Wartezeit.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/EPV-VT.

IV. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.

Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen.

2. Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Bei der versicherten Person liegt kein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf nach § 45 a SGB XI bzw. § 4 H. Absätze 16 und 17 MB/PPV vor.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II bzw. III.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.
- Aufgrund des bisher versicherten Pflegetagegeldes ergibt der Anpassungssatz eine Erhöhung des versicherten Tagegeldes von mindestens 2 Euro.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt. Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt 2 Euro oder ein Vielfaches davon.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer ausdrücklich allen Dynamisierungen, erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

V. Wechselmöglichkeit

Nimmt der Gesetzgeber im Rahmen von Reformen Änderungen in der Pflegepflichtversicherung (SGB XI) vor und führt der Versicherer daraufhin einen neuen Tarif ein und wird dieser dem Versicherten für den Wechsel vom Versicherer angeboten, hat der Versicherte die Möglichkeit, innerhalb von 2 Monaten nach Angebot ohne erneute Gesundheitsprüfung in diesen Tarif zu wechseln, sofern die versicherten Leistungen in ihrer Höhe gleich bleiben und die versicherte Person noch nicht pflegebedürftig ist bzw. noch kein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf vorliegt.

VI. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung nach § 12 a Absatz 2 a Satz 4 VAG wird eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex)
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz