

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.

Im Versicherungsfall zahlen wir Ihnen grundsätzlich den Gegenwert der Leistung, den Sie aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten haben, in gleicher Höhe aus.

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.

Sie erhalten jedoch maximal 100% der Leistung, die eine versicherte Person ohne Anspruch auf Beihilfe aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten würde.

Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung, so entfällt auch eine Zahlung nach diesem Tarif.

Unsere Leistungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- Häusliche Pflege
- Pflegegeld
- Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
- Pflegehilfsmittel 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)

Zusätzliche Leistung

Pflegetelefon – unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444**

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 Alterwerdens 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 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.

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.