

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die erweiterte Pflege-Ergänzungsversicherung

Teil 2 - Tarif mit Tarifbedingungen

Tarif PflegetagegeldPlus (PZTP02) Gruppenversicherung B3 51 304

Teil 2 gilt in Verbindung mit den AVB für die erweiterte Pflege-Ergänzungsversicherung (Teil 1 - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 306.

Inhalt:

- § 1 Versicherungsfähigkeit
- § 2 Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten
- § 3 Art der Versicherungsleistung
- § 4 Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit
- § 5 Aufwendersersatz für Hausnotrufservice
- § 6 Individuelle Pflegebegleitung
- § 7 Entfall der Wartezeit
- § 8 Leistungsausschlüsse und -einschränkungen
- § 9 Beitragsausweis
- § 10 Erhöhung des Tagessatzes ohne Gesundheitsprüfung (Dynamisierung)
- § 11 Wechsel der für den Beitrag relevanten Altersstufe
- § 12 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in die Schweiz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und für die beim Versicherer eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach Tarif PflegeBahr versichert ist.

Das Versicherungsverhältnis endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Absatz 1.

§ 2 Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

§ 3 Art der Versicherungsleistung

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang nach § 4 ein Pflegetagegeld für bis zu 360 Tage im Kalenderjahr. Außerdem beinhaltet der Tarif den Ersatz für Aufwendungen für einen Hausnotrufservice (§ 5) und Leistungen der individuellen Pflegebegleitung (§ 6).

§ 4 Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit

Bei einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ist nachfolgendes Pflegetagegeld versichert:

(1) Das Pflegetagegeld für häusliche, teil- und vollstationäre Pflege ist von dem bei der versicherten Person festgestellten Pflegegrad (siehe Teil 1 § 3 Absatz 3) und im Rahmen von Teil 1 § 6 Absatz 2 von dem Bezug von Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung abhängig.

(2) Abhängig von dem Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI, der die versicherte Person zugeordnet wurde, beträgt das vereinbarte Pflegetagegeld:

- Zuordnung zum Pflegegrad 1
10 Prozent des versicherten Tagessatzes.

- Zuordnung zum Pflegegrad 2
20 Prozent des versicherten Tagessatzes.

- Zuordnung zum Pflegegrad 3
50 Prozent des versicherten Tagessatzes.

- Zuordnung zum Pflegegrad 4
80 Prozent des versicherten Tagessatzes.

- Zuordnung zum Pflegegrad 5
100 Prozent des versicherten Tagessatzes.

Jeder Kalendermonat des Jahres wird mit 30 Tagen berechnet, das gilt auch, wenn der Versicherungsfall untermonatlich beginnt oder endet (siehe Teil 1 § 7 Absatz 2).

§ 5 Aufwendersersatz für Hausnotrufservice

Besteht für die versicherte Person Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach diesem Tarif, ersetzt der Versicherer für sie Aufwendungen für ein Hausnotrufsystem wie folgt:

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung verbleiben, jedoch maximal 30 Euro pro Monat.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ein von der Pflegekasse anerkanntes Hausnotrufsystem einschließlich der Aufwendungen für den Schlüssel- und Einsatzdienst.

§ 6 Individuelle Pflegebegleitung

(1) Die individuelle Pflegebegleitung erfolgt telefonisch und ergänzend zur Pflegeberatung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Leistungen werden gegenüber der versicherten Person, nahen Angehörigen gemäß § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und Pflegepersonen erbracht.

Die Leistungen werden ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland erbracht und beziehen sich auf Pflegeleistungen und Angebote in der Bundesrepublik Deutschland.

(2) Während der gesamten Vertragsdauer wird

- über Pflegeleistungen verschiedener Träger, wie z. B. der gesetzlichen Pflegeversicherung und der Sozialhilfe beraten, und
- bei der Beantragung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI unterstützt.

(3) Besteht für die versicherte Person Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach diesem Tarif, werden folgende Leistungen erbracht:

Der Versicherer berät über, vermittelt und organisiert

- Pflegeleistungen, wie z. B. ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege sowie
- Pflegeschulungen für Pflegepersonen der versicherten Person.

Darüber hinaus garantiert der Versicherer, dass er innerhalb von 24 Stunden für die versicherte Person

- einen geeigneten Pflegedienst,
- eine teilstationäre oder vollstationäre Pflegeeinrichtung sowie
- eine Kurzzeitpflegeeinrichtung
- möglichst in Wohnortnähe benennt oder vermittelt.

Der Versicherer berät über und vermittelt

- Assistenzleistungen, wie z. B. Erledigung von Einkäufen und Besorgungen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Unterbringung von Haustieren, Gartenpflege und Schneeräumdienst,
- Angebote von Selbsthilfegruppen, psychologischen Einrichtungen, Verbänden oder sonstigen Institutionen im Gesundheitswesen,
- Angebote im Bereich Freizeit, Bildung und Reise,
- Wohnumfeldberatungen sowie
- behindertengerechte Umgestaltung von Fahrzeugen.

§ 7 Entfall der Wartezeit

Die Wartezeit nach Teil 1 § 5 entfällt.

§ 8 Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Nach Teil 1 § 6 Absatz 2 wird das vereinbarte Pflegetagegeld gezahlt, wenn für den Versicherungsfall Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen werden.

Wenn demnach in der gesetzlichen Pflegeversicherung die Leistungspflicht dem Grunde nach ausgeschlossen oder eingeschränkt ist, besteht keine Leistungspflicht. Dies gilt auch für den Ersatz der Aufwendungen für einen Hausnotrufservice nach § 5 und die Leistungen der individuellen Pflegebegleitung nach § 6.

Davon abweichend besteht die Leistungspflicht nach Teil 1 § 6 Absatz 2 auch dann, wenn die Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

§ 9 Beitragsausweis

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

§ 10 Erhöhung des Tagessatzes ohne Gesundheitsprüfung (Dynamisierung)

(1) Solange die versicherte Person das 69. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erhöht der Versicherer planmäßig den für sie versicherten Tagessatz alle 36 Monate um 5 Prozent.

Der Versicherer ist berechtigt, den Tagessatz auf 1 Euro kaufmännisch zu runden.

(2) Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass die versicherte Person in den vorangegangenen 36 Monaten ununterbrochen mit Anspruch auf Leistungen nach diesem Tarif versichert war und der Tagessatz nicht geändert wurde.

(3) Bei der planmäßigen Erhöhung findet eine Gesundheitsprüfung nicht statt und nach § 8 gilt auch nach der Erhöhung keine Wartezeit.

(4) Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer in jedem Jahr, in dem für die versicherte Person eine Erhöhung des Tagessatzes nach den Absätzen 1 und 2 erfolgt, in Textform über

- den erhöhten Tagessatz,
- den nach der Erhöhung maßgeblichen Beitrag,
- den Zeitpunkt, zu dem die Erhöhung wirksam wird,
- sowie die Frist, innerhalb derer der planmäßigen Erhöhung für die versicherte Person widersprochen werden kann,

(5) Für die Beitragsberechnung gilt Teil 1 § 10.

(6) Der Versicherungsnehmer kann der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes

- für alle davon betroffenen versicherten Personen,
- zum Ende des Monats, in dem die planmäßige Erhöhung wirksam wird, rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung

schriftlich widersprechen. Auf die Folgen des Fristablaufs wird der Versicherungsnehmer in der Information nach Absatz 4 hingewiesen.

(7) Wird drei aufeinander folgenden planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes für die versicherte Person widersprochen, erlischt insoweit das Recht auf Teilnahme an künftigen planmäßigen Erhöhungen des Tagessatzes.

Ist das Recht auf Teilnahme an künftigen planmäßigen Erhöhungen nach Satz 1 erloschen, und wird nachträglich für die versicherte Person eine Erhöhung des Pflegetagegeldes mit Gesundheitsprüfung vorgenommen, wird das Recht auf planmäßige Erhöhung des Tagessatzes nach Absatz 1 neu begründet.

§ 11 Wechsel der für den Beitrag relevanten Altersstufe

Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 16. oder das 21. Lebensalter vollendet, ist für sie der für die nächst höhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Erhöht sich der Beitrag, besteht nach Teil 1 § 16 Absatz 6 ein Kündigungsrecht.

§ 12 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in die Schweiz

Abweichend von Teil 1 § 18 Absatz 5 gilt Folgendes:

Das Versicherungsverhältnis bleibt unverändert bestehen, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.