münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2017)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
§ 3 Wartezeit
§ 4 Umfang der Leistungspflicht
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
§ 8a Beitragsberechnung
§ 8b Beitragsanpassung
§ 9 Obliegenheiten
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14 Kündigung durch den Versicherer
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 17 Gerichtsstand
§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

Anhang

Auszüge aus dem
- Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)
- Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
- Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld oder ein Pflegetagegeld. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

2. Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

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

4. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

   Erweiterung zu § 1 Absatz 5:

   Ergänzend erstreckt sich der Versicherungsschutz in der Pflegekosten- und der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz. Darüber hinaus kann der Versicherungsschutz durch besondere Vereinbarungen (siehe § 15) auf Aufenthalte in Ländern außerhalb der genannten Staaten erweitert werden.

6. 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 einen 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 Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Absatz 3) einzuhalten. 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.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

1. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

2. Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

   a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

   b) 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;

c) 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;

d) 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;

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

   aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

   bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

   cc) 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

   dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

f) 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 Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

3. Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

4. Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

5. Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

6. Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 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 Wartezeiten unmittelbar nach 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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

   Erweiterung zu § 2 Absatz 2:

   Bei Geburt bestehende Anomalien und Erbkrankheiten sind ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeiten vom Versicherungsschutz umfasst.

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.

§ 3 Wartezeit

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.

4. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt, frühestens nach Ablauf der Wartezeit.

2. Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von drei Monaten hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Kosten häufiger verlangter Nachweise gehen zu Lasten des Versicherers. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.

Erweiterung zu § 4 Absatz 2:

Der Versicherer verzichtet auf den laufenden Nachweis der fortdauernden Pflegebedürftigkeit.

3. 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

1. 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;

   Erweiterung zu § 5 Absatz 1 b)

   Abweichend von Absatz 1 b) wird für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen, geleistet.

   c) während vollstationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlung und während Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht.

   Erweiterung zu § 5 Absatz 1 c)

   Abweichend von Absatz 1 c) wird während vollstationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahmen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen geleistet.

2. Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

   Erweiterung zu § 6 Absatz 1:

   Sobald alle zur Prüfung der Leistungspflicht notwendigen Unterlagen vorliegen, erklärt der Versicherer innerhalb von drei Wochen, ob und in welcher Höhe ein Leistungsanspruch besteht.

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

3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese als Empfangsberechtigten für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

4. Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden, wenn der Versicherer auf Anforderung des Versicherungsnehmers eine

besondere Überweisungsform wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

Erweiterung zu § 6 Absatz 5:

Bei Überweisungen ins Ausland trägt der Zahlungsempfänger das mit der Überweisung verbundene Risiko sowie die anfallenden Kosten.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende 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.

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 an Stelle 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.

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.

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.

   Erweiterung zu § 8 Absatz 6 Satz 2:

   Der Versicherer verzichtet auf das Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung gemäß § 19 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang), wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

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

§ 8a 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 (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) 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.

3. Bei Beitragsänderung 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.

§ 8b 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 Berechnungsgrundlagen 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.

   Erweiterung zu § 8b Absatz 1:

   a) Bei Tarifen, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden (so genannte Bisex-Tarife), beträgt der tariflich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8b Teil I Abs. 1 bei der Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen 10 %. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

   b) Bei Tarifen, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden (so genannte Unisex-Tarife), beträgt der tariflich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8b Teil I Abs. 1 bei der Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen 5 %.

   c) Bei der Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt für Bisex- und Unisex-Tarife der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz von 5 %.

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.

§ 9 Obliegenheiten

1. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 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.

2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung und jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.

   Erweiterung zu § 9 Absatz 2:

   Der Versicherer verzichtet auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung, einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sowie einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

3. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges 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 Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung 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.

§ 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 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld oder Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

   Erweiterung zu § 10 Absatz 1:

   Abweichend von Absatz 1 Satz 2 werden die Leistungen vom Zeitpunkt der festgestellten Pflegebedürftigkeit an erbracht, wenn die verspätete Anzeige weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

2. Wird die in § 9 Absatz 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 auch 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

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

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 Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe 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 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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. Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

4. In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die 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 Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

   Erweiterung zu § 15 Absätze 3 und 4

   Das Versicherungsverhältnis bleibt bestehen, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz verlegt. Das ist auch dann der Fall, wenn die versicherte Person nicht mehr in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale oder private Pflegepflichtversicherung) versichert ist.

   Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als den der vorgenannten Staaten, kann die Versicherung und der Versicherungsschutz (siehe § 1 Abs. 5) aufgrund einer gesonderten Vereinbarung fortgesetzt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, dem Versicherungsnehmer auf dessen Antrag hin ein entsprechendes Angebot für eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu machen. Voraussetzung für ein solches Angebot ist, dass dem Versicherer der Antrag vor der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes zugeht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 Änderung 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.

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

1. Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	**Zuordnung ab 1.1.2017**
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

2. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherte Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weichen die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

   Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Anhang

Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktebereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktebereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Bundesversorgungsgesetz

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 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 Abschluss 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 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.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

§ 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 Falle 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.

§ 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 beziffert 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 infolgedessen 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.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Deutsche PrivatPflege

Pflegetagegeldversicherung

Tarifstufen
421 – 423
426 – 428
430
435

Tarifstufen Beitragsbefreiung
421 B – 423 B
426 B – 428 B
430 B
435 B

Aufbautarif
Tarifstufe 495

Die Tarifbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2017)

Anwartschaftsversicherung zur Deutschen PrivatPflege

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

Deutsche PrivatPflege

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, weltweiter Versicherungsschutz, Versicherungsjahr, Wartezeiten, Umfang des Versicherungsschutzes

Aufnahmefähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder Private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Endet die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung, kann die Versicherung nach diesem Tarif bestehen bleiben.

Für den Aufbautarif Tarifstufe 495 gilt zusätzlich:
Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die Versicherungsschutz in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege - MB/GEPV 2017 mit Tarif 490) besteht. Der Versicherungsschutz muss zum selben Versicherungsbeginn beantragt werden. Endet die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung im Aufbautarif, Tarifstufe 495.

Tarifstufe 495 kann ausschließlich in Höhe des in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege) versicherten Pflegetagegeldes abgeschlossen werden.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Abweichend von § 3 AB/PV können die Wartezeiten erlassen werden.

Abweichend von §§ 1 Absatz 5, 15 Absätze 3 und 4 AB/PV und den jeweiligen Erweiterungen hierzu besteht Versicherungsschutz weltweit.

Abweichend von § 5 Absatz 1 a AB/PV besteht Leistungsanspruch für einen durch ein Kriegsereignis eingetretenen Versicherungsfall, wenn eine versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird. Das Kriegsereignis gilt als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt vor Antritt der Reise keine Reisewarnung für das betroffene Gebiet und die Reisezeit veröffentlicht hat. Wird eine Reisewarnung erst nach Antritt der Reise veröffentlicht, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend. Versicherungsschutz besteht, solange die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das von der Reisewarnung betroffene Gebiet zu verlassen. Entsprechendes gilt für Terrorereignisse.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein oder einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV).

2. Inhalt der Pflegetagegeldversicherung (Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428)

Die Deutsche PrivatPflege kann in acht Tarifstufen abgeschlossen werden:

2.1 Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- Tarifstufe 430: Leistungen für Pflegegrade 1 - 5
  in Pflegegrad 1: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 2 - 5: 100 %
- Tarifstufe 421: Leistungen für Pflegegrade 2 - 5
  100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 422: Leistungen für Pflegegrade 3 - 5
  in Pflegegrad 3: 80 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 4 und 5: 100 %
- Tarifstufe 423: Leistungen für Pflegegrade 4 - 5
  in Pflegegrad 4: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 5: 100 %.

2.2 Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- Tarifstufe 435: Leistungen für Pflegegrade 1 - 5
  in Pflegegrad 1: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 2 - 5: 100 %
- Tarifstufe 426: Leistungen für Pflegegrade 2 - 5
  100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 427: Leistungen für Pflegegrade 3 - 5
  in Pflegegrad 3: 80 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 4 und 5: 100 %
- Tarifstufe 428: Leistungen für Pflegegrade 4 - 5
  in Pflegegrad 4: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 5: 100 %.

3. Inhalt der Pflegetagegeldversicherung (Tarifstufe 495)

Tarifstufe 495 leistet ein Tagegeld bei häuslicher und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim nach Maßgabe des im Tarif FörderPflege versicherten Tagegeldes.

Das Pflegetagegeld beläuft sich

- bei Pflegegrad 1 auf 10 % des im Tarif FörderPflege versicherten Pflegetagegeldes des Pflegegrades 5,
- bei Pflegegrad 2 auf 20 %,
- bei Pflegegrad 3 auf 30 %,
- bei Pflegegrad 4 auf 40 % und
- bei Pflegegrad 5 auf 100 %.

4. Beitragsbefreiung

Zusätzlich zum Pflegetagegeld kann eine Beitragsbefreiung vereinbart werden:

4.1 bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- ab Pflegegrad 1: Tarifstufe 430 B
- ab Pflegegrad 2: Tarifstufe 421 B
- ab Pflegegrad 3: Tarifstufe 422 B
- ab Pflegegrad 4: Tarifstufe 423 B

4.2 ausschließlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- ab Pflegegrad 1: Tarifstufe 435 B
- ab Pflegegrad 2: Tarifstufe 426 B
- ab Pflegegrad 3: Tarifstufe 427 B
- ab Pflegegrad 4: Tarifstufe 428 B

Die Beitragsbefreiung muss stets für den gesamten Beitrag der versicherten Pflegetagegeld-Tarifstufen vereinbart sein.

Die Beitragsbefreiung gilt solange, wie die entsprechende Pflegebedürftigkeit besteht. Sie entfällt ab dem Ersten des Folgemonats, ab dem keine Pflegebedürftigkeit mehr in der oder den gewählten Pflegegraden besteht.

5. Leistungsumfang

5.1 Das ab dem jeweiligen Pflegegrad versicherte Pflegetagegeld sowie Art und Umfang der Beitragsbefreiung ist im Versicherungsschein oder einem Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentiert.

5.2 Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428:
Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in den Tarifstufen 421 bis 423 sowie 430 bei häuslicher und vollstationärer Pflege und in den Tarifstufen 426 bis 428 sowie 435 bei vollstationärer Pflege ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit geleistet. Entsprechendes gilt - soweit vereinbart - für Art und Umfang der Beitragsbefreiung.

5.3 Tarifstufe 495:

Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in **Tarifstufe 495** bei häuslicher und vollstationärer Pflege ohne Kostennachweis geleistet

- im vierten und fünften Jahr ab Versicherungsbeginn,
- für eine aufgrund eines Unfallereignisses nach Beginn des Versicherungsschutzes eintretende Pflegebedürftigkeit ab Eintritt der unfallbedingten Pflegebedürftigkeit,

bis zum Ablauf von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn und zwar für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit. Die Leistung endet spätestens mit dem Beginn der Leistung aus dem Tarif FörderPflege.

Darüber hinaus wird das vereinbarte Pflegetagegeld geleistet, wenn die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Tarif FörderPflege) gemäß § 26 Absatz 3 MB/GEPV 2017 (Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist) als Anwartschaftsversicherung geführt wird. Die Leistung endet spätestens mit dem Beginn oder der Fortführung der Leistung aus dem Tarif FörderPflege.

Eine Beitragsbefreiung für Tarifstufe 495 kann gemäß den unter Ziffer 4 aufgeführten Tarifstufen vereinbart werden.

5.4 Maßgeblich für die Einordnung in einen Pflegegrad ist die Feststellung gemäß § 1a AB/PV durch den medizinischen Dienst der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder Private Pflegepflichtversicherung). Das gilt ebenfalls für Änderungen der Art der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer entsprechende Nachweise vorzulegen.

5.5 Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen (Pflegetagegeld; Beitragsbefreiung) auf seinen Antrag hin. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Der Leistungsanspruch endet mit dem Tag, an dem die Leistungsvoraussetzungen entfallen.

6. Leistungsnachweis

6.1 Als Leistungsnachweis dient die Vorlage des Nachweises der gesetzlichen Pflegeversicherung über die Einstufung in einen Pflegegrad (Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung - MDK oder Medicproof - und der Bewilligungsbescheid der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung).

Ist eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung wegen Aufenthaltes im Ausland nicht möglich, beauftragt der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers einen Gutachter, der die Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des Sozialgesetzbuchs, Elftes Buch (SGB XI), feststellt. In diesem Fall trägt der Versicherer nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung des medizinischen Dienstes in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten durch den vom Versicherer zur Untersuchung im Ausland beauftragten Gutachter hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

6.2 Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades können vom Versicherer verlangt werden. Das gilt auch für die Vorlage einer in Deutschland amtlich anerkannten Lebendbescheinigung der pflegebedürftigen Person, deren Kosten der Versicherer bis zu der Höhe erstattet, wie sie für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen würden.

7. Regelmäßige Erhöhung der Leistungen: Dynamik in den Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428

7.1 Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit - Anspruch auf Erhöhung des Pflegetagegeldes, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.

7.2 Die Anpassung erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Recht-

zeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer schriftlich über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.

7.3 Das zusätzliche Pflegetagegeld wird so festgesetzt, dass sich ein Mehrbeitrag entsprechend der Entwicklung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren ergibt. Der hinzukommende Beitrag beläuft sich jedoch auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % des bisherigen Beitrags begrenzt. Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Eventuell vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen; es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7.4 Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.

8. Aufbautarif Tarifstufe 495: Dynamik-Option (Option auf Höherversicherung im Tarif FörderPflege)

8.1 Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit - Anspruch auf Höherversicherung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.

8.2 Das zusätzliche Pflegetagegeld für die Tarif FörderPflege wird wie folgt festgesetzt:
Der Beitrag aus der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege) ist die Berechnungsbasis für die Ermittlung des Mehrbeitrags entsprechend der Erhöhung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren. Dieser Mehrbeitrag beläuft sich jedoch immer auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % der Berechnungsbasis begrenzt. Das zusätzliche oder neu abzuschließende Pflegetagegeld wird so festgesetzt, dass es dem ermittelten Mehrbeitrag entspricht. Der sich ergebende Mehrbeitrag löst in Tarif FörderPflege und in Tarifstufe 495 eine Höherversicherung auf das bisherige Pflegetagegeld aus.

Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter.

8.3 Die Anpassung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages nach Tarifstufe 495 oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Rechtzeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer den Versicherungsnehmer schriftlich über die Erhöhung des bestehenden Versicherungsschutzes im Tarif FörderPflege und in Tarifstufe 495.

Die Erhöhung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.

8.4 Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.

9. Umstellungsoption

Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegetagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflegetagegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflegetagegeldes nicht übersteigt.

Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.

Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer schriftlich über die Einführung eines der Pflegereform entsprechenden neuen Tarifs. Der Versicherungsnehmer kann die Option nur innerhalb von drei Monaten seit Erteilung dieser Information durch Abgabe einer Erklärung auf einem Formblatt des Versicherers ausüben.

10. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 Euro neben den Portokosten erhoben.

Anwartschaftsversicherung zur Deutschen PrivatPflege - Pflegetagegeldversicherung (Option)

§ 1 Was ist eine Anwartschaftsversicherung und welche Bestimmungen gelten für diese?

1. Auf Antrag können Sie unter bestimmten Voraussetzungen (§ 2) die versicherten Tarifstufen als Anwartschaftsversicherung führen. Die Anwartschaftsversicherung kann frühestens zum Ersten des auf die Beantragung der Anwartschaft folgenden Monats vereinbart werden.

2. Nach Annahme Ihres Antrags ruht unsere Leistungspflicht aus den Tarifstufen, für die wir die Anwartschaft vereinbart haben (Anwartschaftstarife), für die Dauer der Anwartschaft. Mit der Anwartschaft erwerben Sie besondere Rechte (§ 3) bei Beendigung der Anwartschaft (§ 4).

3. Einzelheiten zu den Beiträgen für den Anwartschaftszeitraum finden Sie in § 5.

4. Für die in Anwartschaft stehenden Tarifstufen gelten deren Allgemeine Versicherungsbedingungen, soweit diese nicht durch die nachfolgenden Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Weiter gelten etwaige gesonderte Vereinbarungen.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Anwartschaftsversicherung abschließen?

1. Die Anwartschaftsversicherung können Sie im Falle einer wirtschaftlichen Notlage (z. B. Arbeitslosigkeit) abschließen, wenn Ihnen die Fortführung der Versicherung zum Normalbeitrag nicht möglich ist.

2. Die Anwartschaftsversicherung können Sie nur für alle in Ihrem Vertrag versicherten Tarifstufen beantragen.

3. Die Anwartschaftsversicherung können Sie für volle Monate, längstens für die Dauer von 12 Monaten, abschließen. Die Dauer ist bei Antragstellung zu vereinbaren. Sie kann auf Ihren Antrag hin um bis zu 12 Monate verlängert werden. Den Antrag müssen Sie spätestens innerhalb eines Monats seit Ablauf der ursprünglich vereinbarten Dauer stellen.

4. Insgesamt können Sie die Anwartschaft während der Versicherungsdauer für maximal 24 Monate in Anspruch nehmen.

§ 3 Welche Ansprüche erwerben Sie mit einer Anwartschaftsversicherung?

1. Mit dem Abschluss erwerben Sie das Recht, die Versicherung nach den Tarifstufen, für die die Anwartschaft bestanden hat, in Kraft zu setzen oder wieder herzustellen. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung und rechnen die Zeitdauer der Anwartschaftsversicherung auf eventuelle Wartezeiten an. Bei Wiederaufleben oder Inkraftsetzen der Versicherung berechnen wir die Beiträge nach dem dann erreichten Lebensalter (Neuzugangsbeitrag). Soweit Rückstellungen aus der Zeit vor Beginn der Anwartschaftsversicherung vorhanden sind, rechnen wir diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen beitragsmindernd an.

2. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen aus den Tarifstufen, für die die Anwartschaftsversicherung gilt.

3. Für Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung ganz oder teilweise bestanden hat, haben Sie keinen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung. Solche Kalenderjahre werden im Übrigen bei der Ermittlung anspruchsberechtigter Zeiträume für eine Beitragsrückerstattung nicht mitgezählt.

§ 4 Wann endet eine Anwartschaftsversicherung und was müssen Sie tun?

Der volle Versicherungsschutz wird ohne besondere Vereinbarungen im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung wieder hergestellt oder in Kraft gesetzt. Wir sind nicht verpflichtet, einem vorzeitigen Aufleben des Versicherungsschutzes zuzustimmen

§ 5 Was kostet eine Anwartschaftsversicherung?

1. Die monatlichen Beitragsraten für den Anwartschaftszeitraum ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Höhe der Beiträge richtet sich jeweils nach einem Prozentsatz des Tarifbeitrags einschließlich etwaiger Abschläge. Risikozuschläge gehen nicht in die Berechnung ein.

2. Wenn sich der Beitrag der Tarifstufen, für die Sie die Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, ändert, haben wir das Recht, den entsprechenden Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen anzupassen.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Deutsche DemenzVersicherung

Tarif 424

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2017)

Anwartschaftsversicherung zu Tarif 424

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

Deutsche DemenzVersicherung - Tarif 424

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Versicherungsjahr, weltweiter Versicherungsschutz, Umfang des Versicherungsschutzes

Aufnahmefähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Endet die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung, kann die Versicherung nach diesem Tarif bestehen bleiben.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Abweichend von §§ 1 Absatz 5, 15 Absätze 3 und 4 AB/PV und den jeweiligen Erweiterungen hierzu besteht Versicherungsschutz weltweit.

Abweichend von § 5 Absatz 1 a AB/PV besteht Leistungsanspruch für einen durch ein Kriegsereignis eingetretenen Versicherungsfall, wenn eine versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird. Das Kriegsereignis gilt als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt vor Antritt der Reise keine Reisewarnung für das betroffene Gebiet und die Reisezeit veröffentlicht hat. Wird eine Reisewarnung erst nach Antritt der Reise veröffentlicht, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend. Versicherungsschutz besteht, solange die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das von der Reisewarnung betroffene Gebiet zu verlassen. Entsprechendes gilt für Terrorereignisse.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein oder einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV).

2. Inhalt und Leistungsumfang der Versicherung

Abweichend von § 1 Absatz 2 und § 1a AB/PV besteht Leistungsanspruch nach diesem Tarif, wenn bei einer versicherten Person eine eingeschränkte Alltagskompetenz (Demenz) nach Reisberg festgestellt wird. Es muss mindestens eine mittelschwere Demenz (Einstufung in Stadium 5) gemäß der Global Deterioration Scale - GDS nach Reisberg (siehe Anhang) vorliegen.

Der Tarif leistet das versicherte Demenztagegeld (Pflegetagegeld bei festgestellter Demenz) und zwar für jeden Tag der bedingungsgemäß eingeschränkten Alltagskompetenz ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung.

3. Leistungsnachweis

Als Leistungsnachweis ist die Feststellung der Demenz sowie die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung unter Verwendung eines zeitgemäßen und standardisierten Test- und Diagnoseverfahrens erforderlich.

Die Feststellung kann im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch die medizinischen Dienste der Krankenversicherung (Gutachten MDK oder Medicproof) oder durch einen Facharzt für Neurologie und / oder Psychiatrie erfolgen. Entsprechende Nachweise sind vorzulegen.

Ist eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch einen Facharzt für Neurologie und / oder Psychiatrie wegen Aufenthaltes im Ausland nicht möglich, beauftragt der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers einen Gutachter, der die Feststellungen nach Maßgabe dieses Tarifes trifft. In diesem Fall trägt der Versicherer nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung des medizinischen Dienstes in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten durch den vom Versicherer zur Untersuchung im Ausland beauftragten Gutachter hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

Nachweise über die Fortdauer der eingeschränkten Alltagskompetenz (Demenz) nach Reisberg, Stufe 5, können vom Versicherer verlangt werden. Das gilt auch für die Vorlage einer in Deutschland amtlich anerkannten Lebendbescheinigung der versicherten Person, deren Kosten der Versicherer bis zu der Höhe erstattet, wie sie für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen würden.

4. Regelmäßige Erhöhung der Leistungen - Dynamik

Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) - Anspruch auf Erhöhung des Demenztagegeldes, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.

Die Anpassung erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 61. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Rechtzeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer schriftlich über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.

Das zusätzliche Demenztagegeld wird so festgesetzt, dass sich ein Mehrbeitrag entsprechend der Entwicklung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren ergibt. Der hinzukommende Beitrag beläuft sich jedoch auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % des bisherigen Beitrags begrenzt. Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Eventuell vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen; es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.

5. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 Euro neben den Portokosten erhoben.

Anhang

Global Deterioration Scale - GDS nach Reisberg

Reisberg Stadium		Kognitive Leistungseinbußen
1	**normaler Erwachsener**	**Keine Leistungseinbußen**
2	**normale altersbedingte Vergesslichkeit**	**Zweifelhafte Leistungseinbußen.** - Keine objektiven Zeichen eines Gedächtnisdefizits im klinischen Interview. - Keine objektivierbaren Defizite im Beruf oder im sozialen Umfeld**.**
3	**frühe (leichte) Demenz**	**Geringe Leistungseinbußen.** - Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur im ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests finden. - Verringerte Leistungsfähigkeit im Beruf oder im sozialen Umfeld. - Patient(in) beginnt, Defizite zu verleugnen.
4	**leichte bis mittelschwere Demenz**	**Mäßige Leistungseinbußen.** - Unfähigkeit, komplexe Aufgaben durchzuführen. - Das Verleugnen von Defiziten ist dominierende Abwehrstrategie. - Der Affekt verflacht, und Patient(in) beginnt, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden. Im sorgfältig durchgeführten klinischen Interview manifestieren sich **eindeutige Defizite** in folgenden Bereichen:. (a) Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse, (b) Erinnern des eigenen Lebenslaufs, (c) Konzentration bei den Aufgaben mit seriellen Subtraktionen, (d) Fähigkeit, sich an unbekannten Orten zurechtzufinden oder mit Geld umzugehen, usw. Meist **keine Defizite** in nachfolgenden Bereichen: (a) Orientierung zu Zeit und Person, (b) Wiedererkennen vertrauter Personen und Gesichter, (c) Fähigkeit, sich an bekannten Orten zurechtzufinden.
5	**mittelschwere Demenz**	**Mittelschwere Leistungseinbußen.** - Die/Der Patient(in) kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen. - Sie/Er kann sich während des Interviews kaum an **relevante Aspekte seines Lebens** erinnern, z. B. (a) an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, (b) die Namen naher Familienangehöriger wie die der Enkel oder (c) den Namen der Schule, die sie/er zuletzt besucht hat. Häufig besteht **Desorientierung zur Zeit** (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder **zum Ort**. Patienten dieses Stadiums **erinnern allerdings noch einige Fakten**, die sie selbst oder andere betreffen. (a) Sie erinnern ihren Namen ebenso gut wie den des Ehepartners oder der Kinder. (b) Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber (c) Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z. B. wählen sie oft Hausschuhe für den Waldspaziergang).
6	**mittelschwere bis schwere Demenz**	**Schwere Leistungseinbußen.** - Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und eigener Erfahrungen. - Schwierigkeiten beim Rückwärtszählen von zehn bis eins, gelegentlich sogar beim Vorwärtszählen von eins bis zehn.
7	**schwere Demenz**	**Sehr schwere Leistungseinbußen.** - Sie/Er ist beim Toilettengang und Essen auf Hilfe angewiesen. - Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z. B. nicht mehr laufen.

Die Leistungsbeeinträchtigungen einer versicherten Person werden global einem Stadium zugeordnet. Zur Einschätzung ist jede Stufe anhand von Kriterien beschrieben.

Beispiel für mittelschwere Demenz nach Stadium 5:

Die versicherte Person kann nicht mehr ohne fremde Hilfe zurechtkommen. Sie kann sich während der Befragung durch den medizinischen Dienst und / oder den Facharzt für Neurologie und / oder Psychiatrie kaum an relevante Aspekte ihres Lebens erinnern, z.B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger wie die der Enkel oder den Namen der Schule, die sie zuletzt besucht hat. Häufig besteht Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort.

Sie kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Viererschritten oder beginnend bei 20 in Zweierschritten rückwärts zu zählen. Patienten dieses Stadiums erinnern sich allerdings noch an einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern sich an ihren Namen wie auch den des Ehepartners oder der Kinder. Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (wählen z.B. Hausschuhe für den Spaziergang außerhalb des Hauses).

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Deutsche PrivatPflege

Pflegetagegeldversicherung

Tarifstufen
421 – 423
426 – 428
430
435

Tarifstufen Beitragsbefreiung
421 B – 423 B
426 B – 428 B
430 B
435 B

Aufbautarif
Tarifstufe 495

Die Tarifbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2017)

Anwartschaftsversicherung zur Deutschen PrivatPflege

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

Deutsche PrivatPflege

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, weltweiter Versicherungsschutz, Versicherungsjahr, Wartezeiten, Umfang des Versicherungsschutzes

Aufnahmefähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder Private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Endet die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung, kann die Versicherung nach diesem Tarif bestehen bleiben.

Für den Aufbautarif Tarifstufe 495 gilt zusätzlich:
Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die Versicherungsschutz in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege - MB/GEPV 2017 mit Tarif 490) besteht. Der Versicherungsschutz muss zum selben Versicherungsbeginn beantragt werden. Endet die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung im Aufbautarif, Tarifstufe 495.

Tarifstufe 495 kann ausschließlich in Höhe des in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege) versicherten Pflegetagegeldes abgeschlossen werden.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Abweichend von § 3 AB/PV können die Wartezeiten erlassen werden.

Abweichend von §§ 1 Absatz 5, 15 Absätze 3 und 4 AB/PV und den jeweiligen Erweiterungen hierzu besteht Versicherungsschutz weltweit.

Abweichend von § 5 Absatz 1 a AB/PV besteht Leistungsanspruch für einen durch ein Kriegsereignis eingetretenen Versicherungsfall, wenn eine versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird. Das Kriegsereignis gilt als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt vor Antritt der Reise keine Reisewarnung für das betroffene Gebiet und die Reisezeit veröffentlicht hat. Wird eine Reisewarnung erst nach Antritt der Reise veröffentlicht, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend. Versicherungsschutz besteht, solange die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das von der Reisewarnung betroffene Gebiet zu verlassen. Entsprechendes gilt für Terrorereignisse.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein oder einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV).

2. Inhalt der Pflegetagegeldversicherung (Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428)

Die Deutsche PrivatPflege kann in acht Tarifstufen abgeschlossen werden:

2.1 Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- Tarifstufe 430: Leistungen für Pflegegrade 1 - 5
  in Pflegegrad 1: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 2 - 5: 100 %
- Tarifstufe 421: Leistungen für Pflegegrade 2 - 5
  100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 422: Leistungen für Pflegegrade 3 - 5
  in Pflegegrad 3: 80 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 4 und 5: 100 %
- Tarifstufe 423: Leistungen für Pflegegrade 4 - 5
  in Pflegegrad 4: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 5: 100 %.

2.2 Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- Tarifstufe 435: Leistungen für Pflegegrade 1 - 5
  in Pflegegrad 1: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 2 - 5: 100 %
- Tarifstufe 426: Leistungen für Pflegegrade 2 - 5
  100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- Tarifstufe 427: Leistungen für Pflegegrade 3 - 5
  in Pflegegrad 3: 80 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 4 und 5: 100 %
- Tarifstufe 428: Leistungen für Pflegegrade 4 - 5
  in Pflegegrad 4: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
  in Pflegegrad 5: 100 %.

3. Inhalt der Pflegetagegeldversicherung (Tarifstufe 495)

Tarifstufe 495 leistet ein Tagegeld bei häuslicher und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim nach Maßgabe des im Tarif FörderPflege versicherten Tagegeldes.

Das Pflegetagegeld beläuft sich

- bei Pflegegrad 1 auf 10 % des im Tarif FörderPflege versicherten Pflegetagegeldes des Pflegegrades 5,
- bei Pflegegrad 2 auf 20 %,
- bei Pflegegrad 3 auf 30 %,
- bei Pflegegrad 4 auf 40 % und
- bei Pflegegrad 5 auf 100 %.

4. Beitragsbefreiung

Zusätzlich zum Pflegetagegeld kann eine Beitragsbefreiung vereinbart werden:

4.1 bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- ab Pflegegrad 1: Tarifstufe 430 B
- ab Pflegegrad 2: Tarifstufe 421 B
- ab Pflegegrad 3: Tarifstufe 422 B
- ab Pflegegrad 4: Tarifstufe 423 B

4.2 ausschließlich bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim

- ab Pflegegrad 1: Tarifstufe 435 B
- ab Pflegegrad 2: Tarifstufe 426 B
- ab Pflegegrad 3: Tarifstufe 427 B
- ab Pflegegrad 4: Tarifstufe 428 B

Die Beitragsbefreiung muss stets für den gesamten Beitrag der versicherten Pflegetagegeld-Tarifstufen vereinbart sein.

Die Beitragsbefreiung gilt solange, wie die entsprechende Pflegebedürftigkeit besteht. Sie entfällt ab dem Ersten des Folgemonats, ab dem keine Pflegebedürftigkeit mehr in der oder den gewählten Pflegegraden besteht.

5. Leistungsumfang

5.1 Das ab dem jeweiligen Pflegegrad versicherte Pflegetagegeld sowie Art und Umfang der Beitragsbefreiung ist im Versicherungsschein oder einem Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentiert.

5.2 Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428:
Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in den Tarifstufen 421 bis 423 sowie 430 bei häuslicher und vollstationärer Pflege und in den Tarifstufen 426 bis 428 sowie 435 bei vollstationärer Pflege ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit geleistet. Entsprechendes gilt - soweit vereinbart - für Art und Umfang der Beitragsbefreiung.

5.3 Tarifstufe 495:

Das vereinbarte Pflegetagegeld wird in **Tarifstufe 495** bei häuslicher und vollstationärer Pflege ohne Kostennachweis geleistet

- im vierten und fünften Jahr ab Versicherungsbeginn,
- für eine aufgrund eines Unfallereignisses nach Beginn des Versicherungsschutzes eintretende Pflegebedürftigkeit ab Eintritt der unfallbedingten Pflegebedürftigkeit,

bis zum Ablauf von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn und zwar für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit. Die Leistung endet spätestens mit dem Beginn der Leistung aus dem Tarif FörderPflege.

Darüber hinaus wird das vereinbarte Pflegetagegeld geleistet, wenn die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Tarif FörderPflege) gemäß § 26 Absatz 3 MB/GEPV 2017 (Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist) als Anwartschaftsversicherung geführt wird. Die Leistung endet spätestens mit dem Beginn oder der Fortführung der Leistung aus dem Tarif FörderPflege.

Eine Beitragsbefreiung für Tarifstufe 495 kann gemäß den unter Ziffer 4 aufgeführten Tarifstufen vereinbart werden.

5.4 Maßgeblich für die Einordnung in einen Pflegegrad ist die Feststellung gemäß § 1a AB/PV durch den medizinischen Dienst der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder Private Pflegepflichtversicherung). Das gilt ebenfalls für Änderungen der Art der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer entsprechende Nachweise vorzulegen.

5.5 Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen (Pflegetagegeld; Beitragsbefreiung) auf seinen Antrag hin. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Der Leistungsanspruch endet mit dem Tag, an dem die Leistungsvoraussetzungen entfallen.

6. Leistungsnachweis

6.1 Als Leistungsnachweis dient die Vorlage des Nachweises der gesetzlichen Pflegeversicherung über die Einstufung in einen Pflegegrad (Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung - MDK oder Medicproof - und der Bewilligungsbescheid der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung).

Ist eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung wegen Aufenthaltes im Ausland nicht möglich, beauftragt der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers einen Gutachter, der die Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des Sozialgesetzbuchs, Elftes Buch (SGB XI), feststellt. In diesem Fall trägt der Versicherer nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung des medizinischen Dienstes in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten durch den vom Versicherer zur Untersuchung im Ausland beauftragten Gutachter hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

6.2 Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades können vom Versicherer verlangt werden. Das gilt auch für die Vorlage einer in Deutschland amtlich anerkannten Lebendbescheinigung der pflegebedürftigen Person, deren Kosten der Versicherer bis zu der Höhe erstattet, wie sie für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen würden.

7. Regelmäßige Erhöhung der Leistungen: Dynamik in den Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428

7.1 Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit - Anspruch auf Erhöhung des Pflegetagegeldes, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.

7.2 Die Anpassung erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Recht-

zeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer schriftlich über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.

7.3 Das zusätzliche Pflegetagegeld wird so festgesetzt, dass sich ein Mehrbeitrag entsprechend der Entwicklung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren ergibt. Der hinzukommende Beitrag beläuft sich jedoch auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % des bisherigen Beitrags begrenzt. Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Eventuell vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen; es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7.4 Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.

8. Aufbautarif Tarifstufe 495: Dynamik-Option (Option auf Höherversicherung im Tarif FörderPflege)

8.1 Ändern sich die Lebenshaltungskosten gemäß dem Verbraucherpreisindex für Deutschland, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen - auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit - Anspruch auf Höherversicherung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.

8.2 Das zusätzliche Pflegetagegeld für die Tarif FörderPflege wird wie folgt festgesetzt:
Der Beitrag aus der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege) ist die Berechnungsbasis für die Ermittlung des Mehrbeitrags entsprechend der Erhöhung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren. Dieser Mehrbeitrag beläuft sich jedoch immer auf mindestens 10 % und ist auf höchstens 20 % der Berechnungsbasis begrenzt. Das zusätzliche oder neu abzuschließende Pflegetagegeld wird so festgesetzt, dass es dem ermittelten Mehrbeitrag entspricht. Der sich ergebende Mehrbeitrag löst in Tarif FörderPflege und in Tarifstufe 495 eine Höherversicherung auf das bisherige Pflegetagegeld aus.

Die sich aus dem Mehrbeitrag ergebende Leistungserhöhung berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter.

8.3 Die Anpassung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 erfolgt jeweils im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss bzw. Änderung des Vertrages nach Tarifstufe 495 oder nach einer Leistungsanpassung. Teilnahmeberechtigt ist jede versicherte Person, die im Kalenderjahr der Erhöhung das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Rechtzeitig vor dem Anpassungstermin informiert der Versicherer den Versicherungsnehmer schriftlich über die Erhöhung des bestehenden Versicherungsschutzes im Tarif FörderPflege und in Tarifstufe 495.

Die Erhöhung des Tarifs FörderPflege und der Tarifstufe 495 entfällt für diejenigen versicherten Personen, für die der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht.

8.4 Widerspricht der Versicherungsnehmer der Erhöhung für eine versicherte Person an zwei aufeinander folgenden Terminen, entfällt für diese Person der Anspruch auf eine weitere planmäßige Erhöhung.

9. Umstellungsoption

Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegetagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflegetagegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflegetagegeldes nicht übersteigt.

Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.

Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer schriftlich über die Einführung eines der Pflegereform entsprechenden neuen Tarifs. Der Versicherungsnehmer kann die Option nur innerhalb von drei Monaten seit Erteilung dieser Information durch Abgabe einer Erklärung auf einem Formblatt des Versicherers ausüben.

10. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 Euro neben den Portokosten erhoben.

Anwartschaftsversicherung zur Deutschen PrivatPflege - Pflegetagegeldversicherung (Option)

§ 1 Was ist eine Anwartschaftsversicherung und welche Bestimmungen gelten für diese?

1. Auf Antrag können Sie unter bestimmten Voraussetzungen (§ 2) die versicherten Tarifstufen als Anwartschaftsversicherung führen. Die Anwartschaftsversicherung kann frühestens zum Ersten des auf die Beantragung der Anwartschaft folgenden Monats vereinbart werden.

2. Nach Annahme Ihres Antrags ruht unsere Leistungspflicht aus den Tarifstufen, für die wir die Anwartschaft vereinbart haben (Anwartschaftstarife), für die Dauer der Anwartschaft. Mit der Anwartschaft erwerben Sie besondere Rechte (§ 3) bei Beendigung der Anwartschaft (§ 4).

3. Einzelheiten zu den Beiträgen für den Anwartschaftszeitraum finden Sie in § 5.

4. Für die in Anwartschaft stehenden Tarifstufen gelten deren Allgemeine Versicherungsbedingungen, soweit diese nicht durch die nachfolgenden Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Weiter gelten etwaige gesonderte Vereinbarungen.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Anwartschaftsversicherung abschließen?

1. Die Anwartschaftsversicherung können Sie im Falle einer wirtschaftlichen Notlage (z. B. Arbeitslosigkeit) abschließen, wenn Ihnen die Fortführung der Versicherung zum Normalbeitrag nicht möglich ist.

2. Die Anwartschaftsversicherung können Sie nur für alle in Ihrem Vertrag versicherten Tarifstufen beantragen.

3. Die Anwartschaftsversicherung können Sie für volle Monate, längstens für die Dauer von 12 Monaten, abschließen. Die Dauer ist bei Antragstellung zu vereinbaren. Sie kann auf Ihren Antrag hin um bis zu 12 Monate verlängert werden. Den Antrag müssen Sie spätestens innerhalb eines Monats seit Ablauf der ursprünglich vereinbarten Dauer stellen.

4. Insgesamt können Sie die Anwartschaft während der Versicherungsdauer für maximal 24 Monate in Anspruch nehmen.

§ 3 Welche Ansprüche erwerben Sie mit einer Anwartschaftsversicherung?

1. Mit dem Abschluss erwerben Sie das Recht, die Versicherung nach den Tarifstufen, für die die Anwartschaft bestanden hat, in Kraft zu setzen oder wieder herzustellen. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung und rechnen die Zeitdauer der Anwartschaftsversicherung auf eventuelle Wartezeiten an. Bei Wiederaufleben oder Inkraftsetzen der Versicherung berechnen wir die Beiträge nach dem dann erreichten Lebensalter (Neuzugangsbeitrag). Soweit Rückstellungen aus der Zeit vor Beginn der Anwartschaftsversicherung vorhanden sind, rechnen wir diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen beitragsmindernd an.

2. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen aus den Tarifstufen, für die die Anwartschaftsversicherung gilt.

3. Für Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung ganz oder teilweise bestanden hat, haben Sie keinen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung. Solche Kalenderjahre werden im Übrigen bei der Ermittlung anspruchsberechtigter Zeiträume für eine Beitragsrückerstattung nicht mitgezählt.

§ 4 Wann endet eine Anwartschaftsversicherung und was müssen Sie tun?

Der volle Versicherungsschutz wird ohne besondere Vereinbarungen im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung wieder hergestellt oder in Kraft gesetzt. Wir sind nicht verpflichtet, einem vorzeitigen Aufleben des Versicherungsschutzes zuzustimmen

§ 5 Was kostet eine Anwartschaftsversicherung?

1. Die monatlichen Beitragsraten für den Anwartschaftszeitraum ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Höhe der Beiträge richtet sich jeweils nach einem Prozentsatz des Tarifbeitrags einschließlich etwaiger Abschläge. Risikozuschläge gehen nicht in die Berechnung ein.

2. Wenn sich der Beitrag der Tarifstufen, für die Sie die Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, ändert, haben wir das Recht, den entsprechenden Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen anzupassen.

Anwartschaftsversicherung für die Deutsche DemenzVersicherung - Tarif 424 (Option)

§ 1 Was ist eine Anwartschaftsversicherung und welche Bestimmungen gelten für diese?

1. Auf Antrag können Sie unter bestimmten Voraussetzungen (§ 2) den versicherten Tarif als Anwartschaftsversicherung führen. Die Anwartschaftsversicherung kann frühestens zum Ersten des auf die Beantragung der Anwartschaft folgenden Monats vereinbart werden.
2. Nach Annahme Ihres Antrags ruht unsere Leistungspflicht aus dem Tarif, für den wir die Anwartschaft vereinbart haben (Anwartschaftstarif), für die Dauer der Anwartschaft. Mit der Anwartschaft erwerben Sie besondere Rechte (§ 3) bei Beendigung der Anwartschaft (§ 4).
3. Einzelheiten zu den Beiträgen für den Anwartschaftszeitraum finden Sie in § 5.
4. Für den in Anwartschaft stehenden Tarif gelten deren Allgemeine Versicherungsbedingungen, soweit diese nicht durch die nachfolgenden Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Weiter gelten etwaige gesonderte Vereinbarungen.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Anwartschaftsversicherung abschließen?

1. Die Anwartschaftsversicherung können Sie im Falle einer wirtschaftlichen Notlage (z.B. Arbeitslosigkeit) abschließen, wenn Ihnen die Fortführung der Versicherung zum Normalbeitrag nicht möglich ist.
2. Die Anwartschaftsversicherung können Sie für volle Monate, längstens für die Dauer von 12 Monaten, abschließen. Die Dauer ist bei Antragstellung zu vereinbaren. Sie kann auf Ihren Antrag hin um bis zu 12 Monate verlängert werden. Den Antrag müssen Sie spätestens innerhalb eines Monats seit Ablauf der ursprünglich vereinbarten Dauer stellen.
3. Insgesamt können Sie die Anwartschaft während der Versicherungsdauer für maximal 24 Monate in Anspruch nehmen.

§ 3 Welche Ansprüche erwerben Sie mit einer Anwartschaftsversicherung?

1. Mit dem Abschluss erwerben Sie das Recht, die Versicherung nach dem Tarif, für den die Anwartschaft bestanden hat, in Kraft zu setzen oder wieder herzustellen. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung und rechnen die Zeitdauer der Anwartschaftsversicherung auf eventuelle Wartezeiten an. Bei Wiederaufleben oder Inkraftsetzen der Versicherung berechnen wir die Beiträge nach dem dann erreichten Lebensalter (Neuzugangsbeitrag). Soweit Rückstellungen aus der Zeit vor Beginn der Anwartschaftsversicherung vorhanden sind, rechnen wir diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen beitragsmindernd an.
2. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen aus dem Tarif, für die die Anwartschaftsversicherung gilt.
3. Für Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung ganz oder teilweise bestanden hat, haben Sie keinen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung. Solche Kalenderjahre werden im Übrigen bei der Ermittlung anspruchsberechtigter Zeiträume für eine Beitragsrückerstattung nicht mitgezählt.

§ 4 Wann endet eine Anwartschaftsversicherung und was müssen Sie tun?

Der volle Versicherungsschutz wird ohne besondere Vereinbarungen im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung wieder hergestellt. Wir sind nicht verpflichtet, einem vorzeitigen Aufleben des Versicherungsschutzes zuzustimmen.

§ 5 Was kostet eine Anwartschaftsversicherung?

1. Die monatlichen Beitragsraten für den Anwartschaftszeitraum ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Höhe der Beiträge richtet sich jeweils nach einem Prozentsatz des Tarifbeitrags einschließlich etwaiger Abschläge. Risikozuschläge gehen nicht in die Berechnung ein.
2. Wenn sich der Beitrag des Tarifs, für den Sie die Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, ändert, haben wir das Recht, den entsprechenden Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen anzupassen.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Deutsche PrivatPflege

Einmalleistung bei

erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Tarifstufe 434

oder

Eintritt der Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls

Tarifstufe 439

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2017)

Anwartschaftsversicherung zu Tarif Deutsche PrivatPflege – Einmalleistung

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

Tarif Deutsche PrivatPflege – Einmalleistung

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Versicherungsjahr, Wartezeiten, weltweiter Versicherungsschutz, Umfang des Versicherungsschutzes

Aufnahmefähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind. Endet die Versicherung in der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung, kann die Versicherung nach diesem Tarif bestehen bleiben.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Abweichend von § 3 AB/PV können die Wartezeiten erlassen werden.

Abweichend von §§ 1 Absatz 5, 15 Absätze 3 und 4 AB/PV und den jeweiligen Erweiterungen hierzu besteht Versicherungsschutz nach Tarif Deutsche PrivatPflege weltweit.

Abweichend von § 5 Absatz 1 a AB/PV besteht Leistungsanspruch für einen durch ein Kriegsereignis eingetretenen Versicherungsfall, wenn eine versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird. Das Kriegsereignis gilt als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt vor Antritt der Reise keine Reisewarnung für das betroffene Gebiet und die Reisezeit veröffentlicht hat. Wird eine Reisewarnung erst nach Antritt der Reise veröffentlicht, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend. Versicherungsschutz besteht, solange die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das von der Reisewarnung betroffene Gebiet zu verlassen. Entsprechendes gilt für Terrorereignisse.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein oder einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV).

2. Inhalt der Versicherung

Tarif Deutsche PrivatPflege – Einmalleistung – kann in 10 Stufen zu je 1.000 Euro abgeschlossen werden.

Er erbringt ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe. Voraussetzung ist die Einordnung gemäß § 1a AB/PV in einen der Pflegegrade 2 bis 5.

Ein Anspruch auf die Zahlung besteht einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

Der Tarif kann in zwei Varianten abgeschlossen werden:

2.1 Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2, auch nach Unfall (Tarifstufe 434)

oder

2.2 Einmalzahlung ausschließlich bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 (Tarifstufe 439).

3. Für Tarifstufe 439 gilt: Unfallereignis; Leistungsausschluss

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch eine Wundinfektion, bei der der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im vorgenannten Sinne in den Körper der versicherten Person gelangt ist. Als Unfall gilt weiter, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an den Gliedmaßen oder der Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln verrenkt, gezerrt oder zerrissen werden.

In Ergänzung zu § 5 Absatz 1 AB/PV besteht für eine unfallbedingte Pflegebedürftigkeit aufgrund folgender Unfälle und deren Folgen kein Leistungsanspruch:

- wenn diese als Berufssportler oder durch die Ausübung eines Sports verursacht werden, mit dem die versicherte Person überwiegend ihren Lebensunterhalt verdient;
- wenn diese bei der Ausführung oder dem Versuch der Ausführung einer vorsätzlichen Straftat entsteht;
- wenn diese auf eine Geistes- oder Bewusstseinsstörung der versicherten Person zurückzuführen ist, die auf Trunkenheit (Überschreitung des Blutalkohols von 0,5 Promille bei Lenkern von motorisierten Fahrzeugen) oder Einnahme von Rauschmitteln beruht;
- wenn diese durch Strahlen oder Kernenergie verursacht wird.

Für eine Pflegebedürftigkeit, die auf einen vor Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist, besteht kein Leistungsanspruch.

4. Leistungsumfang; Leistungszeit

4.1 Der vereinbarte Versicherungsschutz mit der versicherten Einmalleistung ist im Versicherungsschein oder einem Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentiert.

4.2 Die versicherte Einmalleistung wird bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit ohne Kostennachweis erbracht. Maßgeblich für die Zahlung ist der Nachweis über die Einordnung in einen der Pflegegrade 2 - 5 gemäß §§ 1, 1a AB/PV durch den medizinischen Dienst der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) sowie für Tarifstufe 439 zusätzlich der Nachweis, dass die Pflegebedürftigkeit auf ein Unfallereignis zurückzuführen ist.

4.3 Der Versicherungsnehmer erhält die Einmalleistung auf seinen Antrag hin.

4.4 Für Tarif 439 gilt: Voraussetzung für die Leistung im Falle einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit ist, dass diese innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt des Unfallereignisses von einem Arzt schriftlich festgestellt wird. Das Unfallereignis muss die ausschließliche Ursache der Pflegebedürftigkeit sein. Die Leistung ist dann mit diesem Nachweis innerhalb von 15 Monaten seit Eintritt des Unfallereignisses beim Versicherer geltend zu machen.

5. Leistungsumfang

Als Leistungsnachweis dient die Vorlage des Nachweises der gesetzlichen Pflegeversicherung über die Einstufung in einen der Pflegegrade 2 - 5 (Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung – MDK oder Medicproof –, Bewilligungsbescheid der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung) sowie für Tarifstufe 439 zusätzlich die vom Versicherer geforderten Nachweise über die Zeitpunkte des Eintritts des Unfallereignisses und der unfallbedingt eingetretenen Pflegebedürftigkeit.

Ist eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst wegen Aufenthaltes im Ausland nicht möglich, beauftragt der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers einen Gutachter, der die Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des Sozialgesetzbuchs (SGB), Elftes Buch (SGB XI), feststellt. In diesem Fall trägt der Versicherer nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten durch den vom Versicherer zur Untersuchung im Ausland beauftragten Gutachter hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

6. Umstellungsoption

Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer für sich und die mitversicherten Personen das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Tarif für die Einmalleistung zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und die Einmalleistung im neuen Tarif die Höhe der bisher versicherten Einmalleistung nicht übersteigt. Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.

Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer schriftlich über die Einführung eines der Pflegereform entsprechenden neuen Tarifs. Der Versicherungsnehmer kann die Option nur innerhalb von drei Monaten seit Erteilung dieser Information durch Abgabe einer Erklärung auf einem Formblatt des Versicherers ausüben

7. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 Euro neben den Portokosten erhoben.

8. Vertragsende

8.1 Die Versicherung endet zum 01. des Folgemonats, wenn die tarifliche Einmalleistung erbracht ist, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Entsprechendes gilt, wenn der Versicherungsfall während der Wartezeit eintritt.

8.2 Ergänzend gilt für Tarifstufe 439: Wird eine versicherte Person pflegebedürftig, ohne dass ein Anspruch auf Leistungen nach Tarifstufe 439 besteht, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit insoweit das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum Ende des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Ende des Monats zu, in dem die Pflegebedürftigkeit eintritt. Später kann der Versicherungsnehmer die Tarifstufe 439 zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Pflegebedürftigkeit nachweist. Dem Versicherer steht in diesem Falle der Beitrag bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.

Anwartschaftsversicherung zu Tarif Deutsche PrivatPflege – Einmalleistung (Option)

§ 1 Was ist eine Anwartschaftsversicherung und welche Bestimmungen gelten für diese?

1. Auf Antrag können Sie unter bestimmten Voraussetzungen (§ 2) die versicherte Tarifstufe als Anwartschaftsversicherung führen. Die Anwartschaftsversicherung kann frühestens zum Ersten des auf die Beantragung der Anwartschaft folgenden Monats vereinbart werden.

2. Nach Annahme Ihres Antrags ruht unsere Leistungspflicht aus der Tarifstufe, für die wir die Anwartschaft vereinbart haben (Anwartschaftstarife), für die Dauer der Anwartschaft. Mit der Anwartschaft erwerben Sie besondere Rechte (§ 3) bei Beendigung der Anwartschaft (§ 4).

3. Einzelheiten zu den Beiträgen für den Anwartschaftszeitraum finden Sie in § 5.

4. Für die in Anwartschaft stehende Tarifstufe gelten deren Allgemeine Versicherungsbedingungen, soweit diese nicht durch die nachfolgenden Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. Weiter gelten etwaige gesonderte Vereinbarungen.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Anwartschaftsversicherung abschließen?

1. Die Anwartschaftsversicherung können Sie im Falle einer wirtschaftlichen Notlage (z.B. Arbeitslosigkeit) abschließen, wenn Ihnen die Fortführung der Versicherung zum Normalbeitrag nicht möglich ist.

2. Die Anwartschaftsversicherung können Sie für volle Monate, längstens für die Dauer von 12 Monaten, abschließen. Die Dauer ist bei Antragstellung zu vereinbaren. Sie kann auf Ihren Antrag hin um bis zu 12 Monate verlängert werden. Den Antrag müssen Sie spätestens innerhalb eines Monats seit Ablauf der ursprünglich vereinbarten Dauer stellen.

3. Insgesamt können Sie die Anwartschaft während der Versicherungsdauer für maximal 24 Monate in Anspruch nehmen.

§ 3 Welche Ansprüche erwerben Sie mit einer Anwartschaftsversicherung?

1. Mit dem Abschluss erwerben Sie das Recht, die Versicherung nach der Tarifstufe, für die die Anwartschaft bestanden hat, in Kraft zu setzen oder wieder herzustellen. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung und rechnen die Zeitdauer der Anwartschaftsversicherung auf eventuelle Wartezeiten an. Bei Wiederaufleben oder Inkraftsetzen der Versicherung berechnen wir die Beiträge nach dem dann erreichten Lebensalter (Neuzugangsbeitrag). Soweit

Rückstellungen aus der Zeit vor Beginn der Anwartschaftsversicherung vorhanden sind, rechnen wir diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen beitragsmindernd an.

2. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen aus der Tarifstufe, für die die Anwartschaftsversicherung gilt.

3. Für Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung ganz oder teilweise bestanden hat, haben Sie keinen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung. Solche Kalenderjahre werden im Übrigen bei der Ermittlung anspruchsberechtigter Zeiträume für eine Beitragsrückerstattung nicht mitgezählt.

§ 4 Wann endet eine Anwartschaftsversicherung und was müssen Sie tun?

Der volle Versicherungsschutz wird ohne besondere Vereinbarungen im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung wieder hergestellt. Wir sind nicht verpflichtet, einem vorzeitigen Aufleben des Versicherungsschutzes zuzustimmen.

§ 5 Was kostet eine Anwartschaftsversicherung?

1. Die monatlichen Beitragsraten für den Anwartschaftszeitraum ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Höhe der Beiträge richtet sich jeweils nach einem Prozentsatz des Tarifbeitrags einschließlich etwaiger Abschläge. Risikozuschläge gehen nicht in die Berechnung ein.

2. Wenn sich der Beitrag der Tarifstufe, für den Sie die Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, ändert, haben wir das Recht, den entsprechenden Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen anzupassen.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Deutsche PrivatPflege

Option auf Höherversicherung

zu festgelegten Zeitpunkten
(Tarifstufe 497)

bei Eintritt eines bestimmten Ereignisses
(Tarifstufe 498)

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV 2017)
und den
Bedingungen für den Tarif Deutsche PrivatPflege / Pflegetagegeldversicherung

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Versicherungsjahr

Die Option auf Höherversicherung nach den Tarifstufen 497 und / oder 498 kann nur gemeinsam mit der erstmaligen Versicherung einer Pflegetagegeldversicherung der Deutschen PrivatPflege (ohne Tarifstufe 495) mit einem Pflegetagegeld von mindestens 30 Euro in Pflegegrad 5 abgeschlossen und aufrechterhalten werden. Endet für eine versicherte Person die Pflegetagegeldversicherung nach der Deutschen PrivatPflege, so endet auch die Option auf Höherversicherung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein oder einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AB/PV).

2. Inhalt der Versicherung

Die Option auf Höherversicherung bietet folgende Abschlussmöglichkeiten:

1. **Tarifstufe 497**

   Höherversicherung bei Erreichen des vollendeten 35. und / oder 45. und / oder 55. Lebensjahres.
   Die Option kann maximal zweimal ausgeübt werden.

2. **Tarifstufe 498**

   Höherversicherung

   - bei nach Maßgabe der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung eintretenden Pflegebedürftigkeit

   oder

   - im Falle des Ablebens

   des Ehepartners oder des Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz.
   Die Option kann einmal ausgeübt werden.

Für beide Tarifstufen gilt:

- Die Erweiterung des Versicherungsschutzes um ein Pflegetagegeld bei einem bislang nicht versicherten Pflegegrad beläuft sich
  - in Pflegegrad 1 auf 5 %,
  - in Pflegegrad 2 auf 30 %,
  - in Pflegegrad 3 auf 50 %

  des zum Zeitpunkt der Optionsausübung in Pflegegrad 5 bestehenden Pflegetagegeldes.

- In bereits versicherten Pflegegraden kann das Pflegetagegeld um 10 % erhöht werden.

  Die Optionsausübung ist nur insoweit möglich, als das neue Tagegeld durch die Tarife der Deutschen PrivatPflege (421-423, 426-428, 430, 435) versichert werden kann. Ist zur Ausübung der vollen Option auf die Pflegegrade 1 bis 3 eine Erhöhung des in Pflegegrad 4 oder 5 versicherten Tagegelds um mehr als 10 % nötig, so ist dies im minimal nötigen Umfang ebenfalls Teil der Option.

- Wenn bereits eine Beitragsbefreiung für die versicherte Person vereinbart ist, wird diese auf die neu hinzukommenden Pflegegrade und auf die Erhöhung der bereits abgeschlossenen Pflegegrade gemäß den Tarifen der Deutschen PrivatPflege erweitert.

- Der Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des sechsten vollen Monats nach Eintritt des Ereignisses gestellt werden. Die Erhöhung wird zum Ersten des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

- Die Erhöhung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten.

- Im Falle einer Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit besteht eine Umstellungsoption entsprechend der Regelung in Ziffer 9 der Deutschen PrivatPflege.

3. Erschwerungen

In der Pflegetagegeldversicherung der Deutschen PrivatPflege eventuell vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen werden übernommen. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis übernommen.

4. Ende der Option auf Höherversicherung

Die Option auf Höherversicherung (Tarifstufen 497, 498) endet

- mit dem Tag des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit bzw.
- mit dem Tag des Eintritts der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nach Maßgabe der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung bzw.
- in der Tarifstufe 497
  - nach der zweiten Optionsausübung mit dem Tag des Beginns der Höherversicherung bzw.
  - zum Ersten des nach Ablauf des sechsten Monats nach Vollendung des 55. Lebensjahres folgenden Monats
- in der Tarifstufe 498
  - mit der Ausübung einer der beiden Optionsmöglichkeiten bzw.
  - mit der Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person.

Der Anspruch auf die Optionsausübung ist ausgeschlossen, wenn für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung

- ein Antrag auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt ist oder
- Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht werden oder in der Vergangenheit in Anspruch genommen worden sind.

5. Beiträge

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 Euro neben den Portokosten erhoben.

6. Beitragsanpassung

Erfolgt in Tarifstufe 423 (Tagegeld für Pflegegrade 4 und 5) der Deutschen PrivatPflege eine Beitragsanpassung, so werden auch die Rechnungsgrundlagen der Tarifstufen 497 und 498 überprüft und, falls erforderlich, mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst. Eine Beitragsanpassung kann in der Tarifstufe 497 letztmalig mit Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person erfolgen.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Ausgabe 01/2017

Produktinformationsblatt zur Deutschen PrivatPflege - Pflegetagegeld (Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B und Aufbautarif Tarifstufe 495), Deutschen PrivatPflege – Option auf Höherversicherung (Tarifstufen 497, 498), Deutschen PrivatPflege – Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439), Deutschen DemenzVersicherung (Tarif 424)

Die nachfolgenden Produktinformationen geben Ihnen einen ersten Überblick zum angebotenen Versicherungsschutz. Die Informationen sind nicht abschließend und stellen für Sie eine Orientierungshilfe zur Wahl des Versicherungsschutzes dar.
Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den je nach dem / den gewählten Tarif/en zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Gegenstand des angebotenen Vertrags ist je nach dem / den gewählten Tarif/en die
- Deutsche PrivatPflege - Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B – 428 B und dem Aufbautarif Tarifstufe 495
- Deutsche PrivatPflege - Option auf Höherversicherung nach den Tarifstufen 497 und 498
- –Deutsche PrivatPflege - Einmalleistung nach den Tarifstufen 434, 439
- Deutsche DemenzVersicherung (Tarif 424)

2. Was ist versichert?

Dem Vertrag liegen je nach dem / den gewählten Tarif/en die
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/PV), die Tarifbestimmungen zur Deutschen PrivatPflege - Pflegetagegeldversicherung mit den Tarifstufen 430, 421-423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B, 495, die Tarifbestimmungen zur Deutschen PrivatPflege – Option auf Höherversicherung mit den Tarifen 497, 498, die Tarifbestimmungen zur Deutschen PrivatPflege - Einmalleistung mit den Tarifen 434, 439 und die Tarifbestimmungen zur Deutschen Demenz-Versicherung (Tarif 424)

zu Grunde.

Tarif 495 kann nur zusammen mit der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, Tarif 490 (FörderPflege) und in Höhe des im Tarif 490 versicherten Pflegetagegeldes abgeschlossen werden. Die Option auf Höherversicherung nach den Tarifen 497 und/ oder 498 kann nur gemeinsam mit der erstmaligen Versicherung einer Pflegetagegeldversicherung der Deutschen PrivatPflege (ohne Tarifstufe 495) mit einem Pflegetagegeld von mindestens 30 EUR in Pflegegrad 5 abgeschlossen werden. Die übrigen Tarife können nach Ihrem Wunsch einzeln oder aber gemeinsam abgeschlossen werden.

Nachfolgend ein Auszug aus den wesentlichen Leistungen:

Tarifstufe 430 - Pflegetagegeld leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 1 - 5) das vereinbarte Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises
- in Pflegegrad 1: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- in Pflegegrad 2 - 5: 100 %.

Tarifstufe 421 - Pflegetagegeld leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 2 - 5) das vereinbarte Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises
- 100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes.

Tarifstufe 422 - Pflegetagegeld leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 3 - 5) das vereinbarte Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises
- in Pflegegrad 3: 80 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- in Pflegegrad 4 und 5: 100 %.

Tarifstufe 423 - Pflegetagegeld leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 4 - 5) das vereinbarte Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises
- in Pflegegrad 4: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- in Pflegegrad 5: 100 %.

Tarifstufe 435 - Pflegetagegeld leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 1 - 5) das vereinbarte Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises
- in Pflegegrad 1: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- in Pflegegrad 2 - 5: 100 %.

Tarifstufe 426 - Pflegetagegeld leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 2 - 5) das vereinbarte Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises
- 100 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes.

Tarifstufe 427 - Pflegetagegeld leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 3 - 5) das vereinbarte Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises
- in Pflegegrad 3: 80 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- in Pflegegrad 4 und 5: 100 %.

Tarifstufe 428 - Pflegetagegeld leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 4 - 5) das vereinbarte Tagegeld ausschließlich bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim ohne Vorlage eines Kostennachweises
- in Pflegegrad 4: 50 % des in dieser Tarifstufe versicherten Tagegeldes
- in Pflegegrad 5: 100 %.

Zum Pflegetagegeld nach den Tarifstufen 430, 421 – 423, 435, 426 – 428 kann zusätzlich eine Beitragsbefreiung vereinbart werden.

Tarifstufe 495 – Aufbautarif leistet im Fall der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 1 - 5) ein Tagegeld bei häuslicher Pflege und bei vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim nach Maßgabe des im Tarif 490 (FörderPflege) versicherten Tagegeldes ohne Vorlage eines Kostennachweises bis zum Ablauf von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn. Dieses beläuft sich
- bei Pflegegrad 1 auf 10 % des im Tarif 490 (FörderPflege) versicherten Pflegetagegeldes des Pflegegrades 5,
- bei Pflegegrad 2 auf 20 %,
- bei Pflegegrad 3 auf 30 %,
- bei Pflegegrad 4 auf 40 % und
- bei Pflegegrad 5 auf 100 %.

Weiterer Leistungsinhalt:
- weltweite Leistung, wenn und solange Tarif 490 (FörderPflege) als Anwartschaftsversicherung geführt wird
- Option auf Höherversicherung (Dynamisierung) im Tarif FörderPflege

Die Beitragsbefreiung für Tarifstufe 495 kann über die Tarifstufen 430 B, 421 B – 423 B, 435 B, 426 B – 428 B vereinbart werden.

Tarif 497 bietet die Option auf Höherversicherung zu festgelegten Zeitpunkten im tariflich festgelegten Umfang.

Tarif 498 bietet die Option auf Höherversicherung bei Eintritt eines bestimmten Ereignisses im tariflich festgelegten Umfang.

Tarif 434 Einmalleistung erbringt bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe.

Tarif 439 Einmalleistung erbringt bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe.

Tarif 424 Deutsche DemenzVersicherung leistet ab mittelschwerer Demenz nach Reisberg (Stadium 5) das versicherte Demenztagegeld ohne Vorlage eines Kostennachweises.

Bei der Deutschen PrivatPflege - Pflegetagegeldversicherung mit den Tarifstufen 430, 421-423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B, 495, der Deutschen PrivatPflege - Einmalleistung mit den Tarifen 434, 439 und Tarif Deutsche DemenzVersicherung (Tarif 424) besteht Versicherungsschutz weltweit. Ferner besteht nach den genannten Tarifen Leistungsanspruch auch für einen durch ein Kriegs- oder Terrorereignis eingetretenen Versicherungsfall, wenn die versicherte Person im Ausland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie diesen bezahlen?

Den Monatsbeitrag je versicherte Person entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sie können den Beitrag wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschrifteinzugsverfahren.

Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt zu zahlen. Alle weiteren Beitragsraten sind am Ersten des Monats der vereinbarten Periode zu bezahlen. Bitte sorgen Sie rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wenn Sie den Erstbeitrag aus eigenem Verschulden nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, bis die Zahlung erfolgt ist. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn ein fälliger Folgebeitrag ausbleibt, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu bezahlen. Sind Sie nach Fristablauf noch mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- für die Deutsche PrivatPflege und Deutsche DemenzVersicherung (§ 8 AB/PV 2017)

4. Was ist nicht versichert?

Mit diesen Tarifen betreiben Sie eine aktive Pflegevorsorge. Der Versicherungsschutz kann jedoch nicht alle denkbaren Fälle umfassen. Der Beitrag müsste sonst stark erhöht werden. Vom Versicherungsschutz sind daher einige Fälle ausgenommen, siehe §§ 4, 5 AB/PV 2017 (Deutsche PrivatPflege und Deutsche DemenzVersicherung).

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-10 00, Fax 089/51 52-15 01, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de
Aufsichtsratsvorsitzender: Heinrich Traublinger, MdL a. D. - **Vorstände:** Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar

Für die Deutsche PrivatPflege - Pflegetagegeld (Tarifstufen 430, 430 B, 421 – 423, 421 B – 423 B, 435, 435 B, 426 – 428, 426 B – 428 B, 495), die Deutsche PrivatPflege – Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439) und Deutsche Demenzversicherung (Tarif 424) beläuft sich die Wartezeit auf 3 Jahre. Für Pflegebedürftigkeit aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls besteht jedoch sofortiger Versicherungsschutz. Die Wartezeiten können in der Deutschen PrivatPflege - Pflegetagegeld (Tarifstufen 430, 430 B, 421 – 423, 421 B – 423 B, 435, 435 B, 426 – 428, 426 B – 428 B, 495) und der Deutschen PrivatPflege – Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439) erlassen werden.

5. Was müssen Sie beim Vertragsschluss beachten? Welche Folgen kann eine Nichtbeachtung dieser Pflichten haben?

- Zum Abschluss der Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 – 428, 434, 439, 495 und Tarif 424 muss eine deutsche gesetzliche Pflegeversicherung bestehen.
- Für den Abschluss und die Fortführung der Tarifstufen 497 und 498 ist Voraussetzung, dass für die versicherte Person eine Pflegetagegeldversicherung der Deutschen PrivatPflege (ohne Tarifstufe 495) mit einem Pflegetagegeld von mindestens 30 EUR in Pflegegrad 5 abgeschlossen und aufrechterhalten wird und noch keine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.
- Für den Abschluss und die Fortführung von Tarifstufe 495 ist Voraussetzung, dass für die versicherte Person Tarif 490 (FörderPflege) zum selben Versicherungsbeginn versichert wird und fortbesteht.
- Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen.

Sind die genannten Voraussetzungen nicht gegeben, ist ein Vertragsabschluss bzw. eine Fortführung des Vertrages nicht möglich.

6. Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten?

Achten Sie bitte zur Fälligkeit des Beitrages auf Ihre Kontodeckung. Der Vertrag kann sonst nicht bestehen bleiben.

Wenn Sie eine weitere ergänzende Pflegekranken- oder Pflegetagegeldversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen wollen, holen Sie zuvor bitte unsere schriftliche Einwilligung ein (Deutsche PrivatPflege und Deutsche DemenzVersicherung, § 9 AB/PV 2017).

Wenn Sie diese Pflichten nicht beachten, können wir gegebenenfalls Versicherungsleistungen verweigern. Unter Umständen können wir auch den Vertrag oder Teile des Vertrages kündigen.

Weitere Informationen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 AB/PV 2017 (Deutsche PrivatPflege und Deutsche DemenzVersicherung).

7. Was müssen Sie tun, wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist und was gilt, wenn Sie Ihren Pflichten nicht nachkommen?

Bitte beachten Sie, dass wir nur zur Leistung verpflichtet sind, wenn Sie die von uns geforderten Nachweise vorlegen. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den §§ 6, 9 AB/PV 2017 (Deutsche PrivatPflege und Deutsche DemenzVersicherung).

Im Übrigen müssen Sie uns den Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit (Deutsche PrivatPflege) sowie jede Veränderung der Demenz-Einstufung (Deutsche DemenzVersicherung) unverzüglich anzeigen.
Sie und die mitversicherten Personen müssen auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfanges erforderlich ist. Auf unser Verlangen ist jede versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
Weitere Informationen über die zu beachtenden Obliegenheiten finden Sie in § 9 AB/PV 2017 (Deutsche PrivatPflege und Deutsche DemenzVersicherung).

Wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheiten nicht beachten, kann das schwerwiegende Konsequenzen für den Versicherungsschutz haben. Dieser kann unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder vollständig entfallen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie
- für die Deutsche PrivatPflege und Deutsche DemenzVersicherung in § 6 AB/PV 2017.

8. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

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

Weitere Informationen hierzu finden Sie
- für die Deutsche PrivatPflege und Deutsche DemenzVersicherung in § 1 Abs. 2, 13 - 15 AB/PV 2017.

9. Wie lange läuft der Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Die Mindestvertragsdauer in der Deutschen PrivatPflege – Pflegetagegeld, der Deutschen PrivatPflege – Option auf Höherversicherung, der Deutschen PrivatPflege – Einmalleistung sowie im Tarif Deutsche DemenzVersicherung beläuft sich auf jeweils ein Jahr. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Endet die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (FörderPflege - Tarif 490), so endet zum selben Zeitpunkt auch die Versicherung im Aufbautarif, Tarifstufe 495.

In der Deutschen PrivatPflege – Option auf Höherversicherung (Tarifstufen 497 und 498) endet die Versicherung mit dem Ende der Pflegetagegeldversicherung der Deutschen PrivatPflege bzw. mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit. In der Tarifstufe 497 endet die Versicherung nach der zweiten Optionsausübung bzw. 6 Monate nach Vollendung des 55. Lebensjahres. In der Tarifstufe 498 endet die Versicherung mit der Ausübung einer der beiden Optionsmöglichkeiten bzw. mit Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person.

In der Deutschen PrivatPflege - Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439) endet die Versicherung zum 01. des Folgemonats, wenn die tarifliche Einmalleistung erbracht ist, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Entsprechendes gilt, wenn der Versicherungsfall während der Wartezeit eintritt. Ferner können Sie Tarif 439 mit einer Frist von drei Monaten insoweit rückwirkend zum Ende des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, kündigen, wenn eine versicherte Person pflegebedürftig wird, ohne dass ein Anspruch auf Leistungen nach Tarifstufe 439 besteht.

Weitere Informationen hierzu finden Sie
- für die Deutsche PrivatPflege in § 13 AB/PV 2017, Ziff. 1 Deutsche PrivatPflege,
- für die Deutsche PrivatPflege – Einmalleistung in Ziff. 8 Deutsche PrivatPflege – Einmalleistung
- für Tarif Deutsche Demenzversicherung in § 13 AB/PV 2017, Ziff. 1 Tarif Deutsche DemenzVersicherung.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Ausgabe 01/2017

Produktinformationsblatt zur geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) Tarif 490

Die nachfolgenden Informationen sollen Ihnen einen Überblick über die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung bei der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. geben. Diese Informationen sind nicht abschließend. Der Vertragsinhalt im Einzelnen ergibt sich aus dem Versicherungsantrag, Versicherungsschein und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017) des Verbandes der privaten Krankenversicherung und den Allgemeinen Tarifbedingungen des Münchener Verein).

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Gegenstand des angebotenen Vertrages ist eine Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif 490.

Grundlage sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung bestehend aus Musterbedingungen (MB/GEPV 2017) und den Allgemeinen Tarifbedingungen des Münchener Verein.

Der Tarif wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Werden die persönlichen Fördervoraussetzungen erfüllt, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle für jede zulagenfähige Person eine Zulage in Höhe von 5 Euro pro Monat, die auf den Monatsbeitrag angerechnet wird. Näheres zum Zulageverfahren entnehmen Sie bitte Ziffer 3. Wichtig ist, dass Sie den Vertrag nur abschließen können, wenn die versicherten Personen die Fördervoraussetzungen für die Erlangung der Zulage erfüllen:

- Die versicherten Personen müssen in der sozialen oder der privaten Pflegepflichtversicherung (gesetzliche Pflegeversicherung) versichert sein.

- Die versicherten Personen dürfen bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit (Erklärung unter 2.) aus der gesetzlichen Pflegeversicherung derzeit beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben.

- Bei Abschluss des Vertrages müssen die versicherten Personen das 18. Lebensjahr vollendet haben.

- Bei Abschluss des Vertrages darf für keine der versicherten Personen ein weiterer Vertrag über eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung bestehen, denn die staatliche Zulage wird nur für einen Vertrag je versicherte Person gewährt. Vor Abschluss des Vertrages müssen Sie daher prüfen, ob bereits eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung besteht.

- Der monatliche Eigenanteil am Beitrag muss je versicherte Person mindestens 10 Euro betragen.

2. Welche Risiken sind versichert?

Wir erbringen bei Pflegebedürftigkeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegegrade 1 - 5) ein Pflegetagegeld. Sobald die gesetzliche Pflegeversicherung bei Ihnen Pflegebedürftigkeit festgestellt und eine Zuordnung zu einem der Pflegegrade vorgenommen hat, erhalten Sie mit Beginn der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld, über das Sie frei verfügen können. Nachweise über tatsächlich anfallende Kosten müssen Sie nicht vorlegen.

Die Wartezeit von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn ist zu erfüllen.

Im Leistungsfall werden monatlich die nachfolgend aufgeführten Leistungen ausgezahlt:

Das Pflegetagegeld beläuft sich
- in Pflegegrad 5 auf 22 EUR
- bei Pflegegrad 1 auf 10 % des versicherten Pflegetagegeldes des Pflegegrades 5,
- bei Pflegegrad 2 auf 20 % .
- bei Pflegegrad 3 auf 30 % und
- bei Pflegegrad 4 auf 40 %.

Wir weisen darauf hin, dass möglicherweise auch mit dieser Versicherung im Fall der Pflegebedürftigkeit keine vollständige Absicherung der Pflegekosten erreicht werden kann und daher Versorgungslücken entstehen können. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund künftig steigender Pflegekosten.

Wenn eine Beitragsbefreiung nach den Tarifstufen 430 B, 421 B – 423 B, 435 B, 426 B – 428 B gemäß den Tarifbestimmungen zur Deutschen PrivatPflege – Pflegetagegeldversicherung vereinbart wurde, umfasst diese auch Tarif 490.

Details zu den Leistungen entnehmen Sie bitte § 6 MB/GEPV 2017.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Die Höhe der Prämie entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Darauf angerechnet wird die staatlich gewährte Zulage in Höhe von 5 Euro.

Ihr Beitrag ist von Ihrem Eintrittsalter abhängig. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Der nach Anrechnung der staatlichen Zulage verbleibende Eigenanteil der Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen. Vereinbart ist die Beitragszahlung per Lastschrifteinzugsverfahren.

Der erste Beitrag in Höhe des Eigenanteils ist unverzüglich spätestens nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Beginn der Versicherung. Die weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind grundsätzlich jeweils am Ersten eines Monats fällig.

Zahlen Sie für den ersten Beitrag den Eigenanteil nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir vom Vertrag zurücktreten, so lange Sie den ersten Beitrag nicht gezahlt haben. Zahlen Sie in Höhe des Eigenanteils Folgebeiträge nicht rechtzeitig, gefährden Sie den Versicherungsschutz. Unter bestimmten Voraussetzungen können wir in diesem Fall den Vertrag insgesamt kündigen.

Sollten Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und werden Sie von uns gemahnt, erheben wir Mahnkosten in Höhe von 5 Euro. Diese Folgen treten nicht ein, wenn sich die Zahlung ohne Ihr Verschulden verzögert hat.

In Höhe der staatlichen Zulage wird der Beitrag gestundet, bis die Zulage an uns gezahlt wird. Die Zulage wird also auf den Beitrag angerechnet. Um die Auszahlung der Zulage kümmern wir uns. Hierzu bevollmächtigen Sie uns, für jede versicherte Person die Zulage und gegebenenfalls auch die Rentenversicherungsnummer/Zulagennummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Bei der zentralen Stelle handelt es sich um die für die Gewährung der Zulage verantwortliche Behörde.

Die Zulage wird im Anschluss an das Kalenderjahr von der zentralen Stelle an das Versicherungsunternehmen ausgezahlt und unmittelbar Ihrem Vertrag bzw. den darin versicherten Personen gutgeschrieben.

Einzelheiten zur Beitragszahlung entnehmen Sie bitte § 9 MB/GEPV 2017.

Wichtig ist, dass Sie uns Veränderungen der Zulageberechtigung (siehe Nr. 1) unverzüglich anzeigen, damit die Zulage durch uns zutreffend beantragt werden kann. Besteht kein Anspruch auf Zulage, wird das Versicherungsverhältnis rückabgewickelt, bis zum Beginn des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage gewährt worden ist.

Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass für Sie oder eine andere versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, teilen wir Ihnen dies mit und informieren Sie über Ihre weiteren Handlungsmöglichkeiten.

Besteht kein Anspruch auf Zulage, da bereits ein anderer Vertrag die Zulage erhalten hat, haben Sie die Möglichkeit, den jüngeren Vertrag aufzuheben und die Zuweisung der Zulage auf den älteren Vertrag zu verlangen, um bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen zu bewahren und um zu vermeiden, dass bereits durchlaufene Wartezeiten verloren gehen.

4. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt?

Im Ausland wird das versicherte Pflegetagegeld nur dann gezahlt, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung dort ebenfalls Leistungen erbringt. In der Europäischen Union und in Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) sowie der Schweiz ist das regelmäßig der Fall.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 6 Abs. 3 MB/GEPV 2017.

Leistungsausschlüsse, zum Beispiel wegen eines erhöhten Risikos, sind nicht vereinbart, siehe auch § 10 Abs. 3 MB/GEPV 2017.

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-10 00, Fax 089/51 52-15 01, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de
Aufsichtsratsvorsitzender: Heinrich Traublinger, MdL a. D. - **Vorstände:** Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar

5. Was ist beim Vertragsschluss zu beachten? Welche Folgen kann eine Nichtbeachtung dieser Pflichten haben?

Die Fragen im Antragsformular, die für die Feststellung der Versicherungs- und Förderfähigkeit maßgeblich sind, insbesondere, ob Sie in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind und ob Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden oder früher bezogen worden sind, müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

Wenn Sie falsche Angaben machen, kann der Vertrag rückabgewickelt werden, die Zulage ist zurück zu zahlen und es besteht kein Versicherungsschutz.

Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschrifteinzugsverfahren abzubuchen.

6. Was müssen Sie während der Vertragslaufzeit beachten und welche Folgen kann eine Nichtbeachtung dieser Pflichten haben?

Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Förderfähigkeit (siehe Nr. 1) führt, insbesondere wenn die gesetzliche Pflegeversicherung nicht mehr fortbesteht, müssen Sie dem Versicherer unverzüglich anzeigen.

Einzelheiten sind den §§ 14 und 15 MB/GEPV 2017 zu entnehmen.

7. Was müssen Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls beachten?

Sie erhalten die Leistungen nur auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit erfüllt ist und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen wird.

Bei Eintritt des Versicherungsfalls müssen Sie die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Zuordnung zu einem der Pflegegrade nachweisen. Außerdem müssen Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht und ihres Umfanges erforderlich ist. Ansonsten kann Ihr Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise entfallen.

Einzelheiten sind den §§ 7, 14 und 15 MB/GEPV 2017 zu entnehmen.

8. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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 dem Ablauf der Wartezeit von 5 Jahren. Der Vertrag wird auf unbestimmte Dauer geschlossen.

Einzelheiten sind den §§ 14 und 15 MB/GEPV 2017 zu entnehmen.

9. Wie kann der Versicherungsvertrag beendet werden?

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Ein außerordentliches Kündigungsrecht steht Ihnen im Falle einer Beitragserhöhung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person aufgrund von § 11 MB/GEPV 2017 zu.

Die Einzelheiten zu den Kündigungs- und weiteren Beendigungsmöglichkeiten sind den §§ 17 bis 19 MB/GEPV 2017 zu entnehmen.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Ausgabe 01/2017

Vertragsinformationen zur Deutschen PrivatPflege - Pflegetagegeld (Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B und Aufbautarif Tarifstufe 495), Deutschen PrivatPflege – Option auf Höherversicherung (Tarifstufen 497, 498), Deutschen PrivatPflege – Einmalleistung (Tarifstufen 434, 439), Deutschen DemenzVersicherung (Tarif 424)

Informationen zum Versicherer

Ihr **Vertragspartner** ist die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764.

Das Unternehmen wird **vertreten** durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar

Die Postadresse unserer Direktion lautet: **Pettenkoferstraße 19, 80336 München.** Sie erreichen uns unter Telefon: 089/5152-1000, Telefax: 089/5152-1501, E-Mail: info@muenchener-verein.de

Die **ladungsfähige Anschrift** des Versicherers lautet: Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Pettenkoferstr. 19, 80336 München

Die **Hauptgeschäftstätigkeit** des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

Informationen zur angebotenen Leistung

Ihrem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/PV) und die Tarifbestimmungen für die Tarifstufen 430, 421 - 423, 435, 426 - 428, 430 B, 421 B - 423 B, 435 B, 426 B - 428 B, 495, die Tarifbestimmungen für die Tarifstufen 497 und 498 bzw. die Tarifbestimmungen für die Tarifstufen 434 und 439 und die Tarifbestimmungen für Tarif 424 zugrunde.

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Angaben über **Art, Umfang, Fälligkeit** und **Erfüllung** der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen, die für die von Ihnen gewählten Tarife gelten.

Der **Gesamtpreis** Ihrer Versicherung ist im Antrag und im Versicherungsschein sowie einem eventuellen Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen. Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Die **Zahlung** der Versicherungsprämie erfolgt per Lastschrifteinzug. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Gültigkeitsdauer der Informationen:
Die vorliegenden Informationen sind nur solange gültig, wie die ihrer Erstellung zugrunde liegenden Umstände unverändert bleiben.

Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrages
Das Versicherungsverhältnis kommt nicht bereits mit Antragstellung zustande, sondern erst mit der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. oder der Übersendung bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheins, sofern Sie nicht von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen.

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
Der Widerruf ist zu richten an die Münchener Verein Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkoferstr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (089) 5152-4020.

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.
Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Vertragsdauer / Kündigung
Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Der Vertrag nach den Tarifstufen 430, 430 B, 421 - 423, 421 B - 423 B, 424, 435, 435 B, 426 - 428, 426 B - 428 B, 434, 439, 495, 497, 498 wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Im Anschluss daran verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres gekündigt wird.

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages legen wir das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

Vertragssprache
Im Rahmen des Abschlusses sowie für die Dauer des Vertragsverhältnisses kommt ausschließlich die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Wir sind stets bemüht, im Vertragsverhältnis alles zu Ihrer Zufriedenheit zu gestalten. Sollte es gleichwohl einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, haben Sie die Möglichkeit, sich außergerichtlich an den

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung
Glinkastraße 40, 10117 Berlin Tel. 0800/2 55 04 44, Fax 030/20 45 89 31

zu wenden.

Der Ombudsmann ist auch Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsvermittlern.

Der Ombudsmann nimmt sich kostenfrei der Anliegen von Versicherten zu ihrem Versicherungsschutz an. Er behandelt eine Beschwerde nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder von einer solchen Stelle entschieden wurde.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.pkv-ombudsmann.de.

Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,** Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn zu wenden.

100 05 17/09 (01.17)

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

FörderPflege

Teil I Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017) des Verbandes der privaten Krankenversicherung

Teil II Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein Tarif 490

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) 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, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI; bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) 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.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung 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. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegerad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

Ergänzung zu § 6 Absatz 1:

Das Pflegetagegeld beträgt in Pflegegrad 5 22 Euro. Wird der für die Pflegezulage erforderliche monatliche Gesamtbeitrag von 15 Euro (siehe § 9 Abs. 1 Satz 3) nicht erreicht, ist für den Pflegegrad 5 ein entsprechend höheres Pflegetagegeld zu vereinbaren.

Das Pflegetagegeld beläuft sich

- ***bei Pflegegrad 1 auf 10 % des versicherten Pflegetagegeldes des Pflegegrades 5,***
- ***bei Pflegegrad 2 auf 20 %,***
- ***bei Pflegegrad 3 auf 30 % und***
- ***bei Pflegegrad 4 auf 40 %.***

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

Ergänzung zu § 9 Absatz 1 Satz 3:

Beitragsbefreiung nach Eintritt des Versicherungsfalls: Wird der Eigenanteil von mindestens 10 Euro aufgrund einer gesondert zu treffenden Vereinbarung durch Zahlung eines Beitrages vorfinanziert, gilt dieser im Versicherungsfall als gezahlt.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

Ergänzung zu § 9 Absatz 3:

Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 5 Euro neben den Portokosten erhoben.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages 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 im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

§ 10 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 bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. 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 ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

§ 11 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, 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 Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,

b) Anrechnung auf den Beitrag,

c) Erhöhung der Leistung oder

d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 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

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Ergänzung zu § 17 Absatz 1:

1. ***Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.***
2. ***Der Versicherungsvertrag hat eine Mindestlaufzeit bis zum Ende des auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn er nicht gemäß Absatz (1) gekündigt wird. Die Kündigung kann auf bestimmte versicherte Personen begrenzt werden.***

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhenszeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung 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 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) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe 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.

(7) 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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 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 von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2

nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 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.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(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 Vertrages 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.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen

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

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

§ 27 Übergangsregelung

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung am 31.12.2016	**Einstufung ab 1.1.2017**
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung

§ 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 Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, 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 gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(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.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung

oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

§ 126 Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,

5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,

6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,

7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,

8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. wird damit beliehen, hierfür branchenheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,

2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,

3. die Vertragsdaten,

4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,

5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,

6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie

7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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.

§ 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 beziffert 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.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Monat

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden.

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4.	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4.	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4.	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Model 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: 2 Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12.

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 – 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4.	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	8
4.9	Trinken	0	2	4	6

4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urestoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung, „überwiegend inkontinent" oder „vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7: Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet.

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4.	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von	0	4,3	1

	Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern			

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich Beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direktem Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstversorgung	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8	Haushaltsführung							

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Ausgabe 01/17

Vertragsinformationen zur geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) Tarif 490

Informationen zum Versicherer

Ihr **Vertragspartner** ist die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764.

Das Unternehmen wird **vertreten** durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Karsten Kronberg, Dr. Martin Zsohar.

Die Postadresse unserer Direktion lautet: **Pettenkoferstraße 19, 80336 München.** Sie erreichen uns unter Telefon: 089/5152-1000, Telefax: 089/5152-1501, E-Mail: info@muenchener-verein.de

Die **ladungsfähige Anschrift** des Versicherers lautet: Münchener Verein Krankenversicherung a.G., Pettenkoferstr. 19, 80336 München

Die **Hauptgeschäftstätigkeit** des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

Informationen zur angebotenen Leistung

Ihrem Vertrag liegen die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017) des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Allgemeinen Tarifbedingungen des Münchener Verein)** zugrunde.

Das Vertragsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Angaben über **Art, Umfang, Fälligkeit** und **Erfüllung** der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen, die für den von Ihnen gewählten Tarif gelten.

Der **Gesamtpreis** Ihrer Versicherung ist im Antrag und im Versicherungsschein sowie einem eventuellen Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.
Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Die **Zahlung** der Versicherungsprämie erfolgt per Lastschrifteinzug. Die Zahlungsmodalitäten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Gültigkeitsdauer der Informationen:
Die vorliegenden Informationen sind nur solange gültig, wie die ihrer Erstellung zugrunde liegenden Umstände unverändert bleiben.

Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrages
Ihr Vertrag kommt durch unsere ausdrückliche Annahmeerklärung oder mit Übersendung oder Aushändigung des Versicherungsscheins an Sie zustande. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
Der Widerruf ist zu richten an die Münchener Verein Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkoferstr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: (089) 5152-4020.

Widerrufsfolgen
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.
Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Vertragsdauer / Kündigung
Der Vertrag gilt zunächst bis zum Ende des auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Es verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn Sie den Vertrag nicht bis spätestens 30.09. eines jeden Jahres kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Vertragsrecht und -sprache
Auf die vorvertraglichen Beziehungen und das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung.

Die Mitteilung der Vertragsbedingungen und der Vorabinformationen gemäß VVG-Infopflichtenverordnung sowie die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgen in deutscher Sprache.

Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Wir sind stets bemüht, im Vertragsverhältnis alles zu Ihrer Zufriedenheit zu gestalten. Sollte es gleichwohl einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, haben Sie die Möglichkeit, sich außergerichtlich an den

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung
Glinkastraße 40, 10117 Berlin Tel. 0800/2 55 04 44, Fax 030/20 45 89 31

zu wenden.

Der Ombudsmann ist auch Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsvermittlern.

Der Ombudsmann nimmt sich kostenfrei der Anliegen von Versicherten zu ihrem Versicherungsschutz an. Er behandelt eine Beschwerde nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder vor einer solchen Stelle entschieden wurde.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.pkv-ombudsmann.de.

Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,** Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn zu wenden

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-10 00, Fax 089/51 52-15 01, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de