

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung Teil II

Tarif EPC mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2017 -

Pflegetagegeldversicherung

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2017 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017)

I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/EPV 2017)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein beziehungsweise einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

II. Versicherungsleistungen

1 Monatliches Pflegegeld

Es kann ein monatliches Pflegegeld von 150 Euro oder einem Vielfachen davon vereinbart werden.

Das vereinbarte monatliche Pflegegeld ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein beziehungsweise einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Bei Pflegebedürftigkeit leistet der Versicherer in dem Pflegegrad

1	15 %
2	30 %
3	65 %
4	90 %
5	100 %

des vereinbarten Pflegegeldes. Die Zuordnung in die fünf Pflegegrade wird nach § 1a Abs. 3 MB/EPV 2017 vorgenommen. Die Höhe des Pflegegeldes unterscheidet sich nicht bei vollstationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege. Ein Kostennachweis ist nicht erforderlich.

Anmerkungen zu 1

- Der Nachweis des Pflegegrades wird durch Vorlage der entsprechenden Anerkennungsunterlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) erbracht.
- Ändert sich der Pflegegrad, so ändert sich das zu zahlende Pflegegeld zum Ersten des Monats, in dem die gesetzliche Pflegeversicherung die geänderte Leistung zahlt.
- Das vereinbarte Pflegegeld kann durch planmäßige Erhöhungen nach Abschnitt III Nr. 4 angehoben werden.

2 Sonderzahlung

Wird erstmalig eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, wird unabhängig vom monatlichen Pflegegeld einmalig eine Sonderzahlung von 2.500 Euro ohne Kostennachweis gezahlt.

3 Assistance-Leistungen

Im Falle einer Pflegebedürftigkeit steht eine kostenlose Pflegeberatung zur Verfügung. Umfasst sind folgende Leistungen/telefonische Auskünfte:

- Unterstützung bei der Suche von Pflegeheimplätzen
- Bedarfsgerechte Pflegeberatung
- Auskunft zu Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung
- Hilfe bei Antragstellung und Pflegeeinstufung
- Ernährungsberatung
- Hilfsmittelangebote/-beantragung
- Auskunft und Information zu Angeboten für pflegende Angehörige (Pflegezeit/Pflegekurs) und deren sozialer Sicherung
- Beratung zu Hausnotrufsystemen
- Informationsmaterial zu pflegerischen, medizinischen und sozialrechtlichen Themen
- Allgemeine Informationen zu medizinischen und pflegerischen Fragen

Die für Anrufe innerhalb Deutschlands gebührenfreie Pflegeberatungshotline ist montags bis freitags unter der Telefonnummer (08 00) 7 23 76 63 von 8:00 bis 18:00 Uhr erreichbar.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und für die eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach Tarif EPG oder eine Anwartschaftsversicherung nach Tarif EPG beim Versicherer besteht und die nach ihrem Gesundheitszustand versicherbar sind. Die Aufnahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

1.2 Aufnahme- und versicherungsfähig sind auch Personen, die in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung nicht versicherungsfähig sind, weil sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, falls sie nach ihrem Gesundheitszustand versicherbar sind. Die Aufnahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Die Versicherungsfähigkeit bleibt nach Vollendung des 18. Lebensjahres erhalten, auch wenn die Voraussetzungen von Nummer 1.1 nicht vorliegen.

2 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches Zweites Buch (SGB II) oder Zwölftes Buch (SGB XII) oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrages hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem SGB II oder SGB XII nachzuweisen.

2.1 Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.

2.2 Es sind keine Beiträge zu zahlen.

2.3 Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 3 MB/EPV 2017 wird nicht unterbrochen.

2.4 Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens nach drei Jahren. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

2.5 Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten tariflichen Lebensalter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellung zu zahlen.

3 Beitragsfestsetzung

Bei Abschluss, Erhöhung oder Änderung der Versicherung – auch bei Beitragsanpassung – gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Abschluss, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8a MB/EPV 2017 anzuwenden.

4 Planmäßige Erhöhung des Versicherungsschutzes

4.1 Alle drei Jahre wird das vereinbarte Pflegegeld jeweils zum 1. Januar ohne erneute Risikoprüfung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate erhöht, erstmals zum 1. Januar nach Ablauf des dritten Versicherungsjahres der Versicherung nach Tarif EPC, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen nach diesem Tarif erhält. Dabei wird die Entwicklung des Verbraucherpreisindex für Deutschland (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes) zugrunde gelegt. Es werden die jeweils für Juni veröffentlichten Indizes der letzten drei Kalenderjahre berücksichtigt. Vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für den erhöhten Versicherungsschutz. Der Erhöhungsbetrag wird auf volle Euro abgerundet. Der Versicherungsschutz für die jeweilige Erhöhung beginnt ohne neue Wartezeit am Erhöhungstermin.

4.2 Der Beitrag für die Erhöhung errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person. Ein bisher eventuell vereinbarter Beitragszuschlag wird im gleichen Verhältnis wie der Tarifbeitrag erhöht.

4.3 Die Erhöhung entfällt, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt des Versicherungsscheins schriftlich widerspricht oder den ersten erhöhten Beitrag nicht zahlt. Lehnt der Versicherungsnehmer zweimal hintereinander eine Erhöhung ab, so erlischt das Recht auf weitere planmäßige Erhöhungen; es kann jedoch nach einer erneuten Risikoprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

5 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Der Alterungsrückstellung werden jährlich zusätzliche Beträge zugeschrieben, die nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers im Alter zur Begrenzung einer Beitragserhöhung infolge einer Beitragsanpassung oder einer planmäßigen Erhöhung des Versicherungsschutzes nach Nummer 4 verwendet werden.

Ab Vollendung des 80. Lebensjahres werden die zugeschriebenen Mittel auch zur Leistungserhöhung verwendet.

6 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/EPV 2017)

6.1 Zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/EPV 2017: Wartezeit
Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

6.2 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/EPV 2017: Kriegereignisse
Die Leistungseinschränkung entfällt.

Darüber hinaus leistet der Versicherer bei einer Pflegebedürftigkeit, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht ist.

6.3 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/EPV 2017: Auslandsaufenthalt
Der Versicherer leistet bei Auslandsaufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz das vertraglich vereinbarte Pflegegeld. In anderen als den in Satz 1 genannten Staaten leistet der Versicherer bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von insgesamt bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr das vertraglich vereinbarte Pflegegeld weiter.

6.4 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/EPV 2017: Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
Die Leistungseinschränkung entfällt.

6.5 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. f MB/EPV 2017: Leistungen während einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringungen auf Grund richterlicher Anordnung
Die Leistungseinschränkung entfällt.

6.6 Zu § 8 Abs. 1 und 4, § 10 Abs. 2 und § 13 Abs. 1 MB/EPV 2017: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.

6.7 Zu § 8b MB/EPV 2017: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für mindestens eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Bei-

träge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5%, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

6.8 Zu § 9 Abs. 1 MB/EPV 2017: Anzeige der Pflegebedürftigkeit. Es gilt keine Anzeigefrist bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

7 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in den §§ 13 bis 15 MB/EPV 2017 endet die Versicherung bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit.