



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeld-Versicherung - Tarif PTS (KV779_201701)

Teil II Leistungsregelungen für Tarif PTS mit geschlechtsunabhängiger Beitragskalkulation

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Bestimmungen für die Pflege-Tagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 4	Option auf Nachversicherung für künftige Reformen/ Tarifumstellung
§ 2	Versicherungsleistungen	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Planmäßige Erhöhung des Pflege-Tagegeldes und des Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung		

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Der Tarif PTS kann nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert werden. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif PTS.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Pflege-Tagegeld

Voraussetzung für die Zahlung eines Pflege-Tagegeldes ist, dass bei der versicherten Person nach objektivem Befund Pflegebedürftigkeit gemäß den in § 1a Abs. 3 Teil I AVB festgelegten Kriterien mindestens in dem für den Pflegegrad 2 erforderlichen Umfang besteht und eine vollstationäre Pflege durchgeführt wird.

Das Pflege-Tagegeld wird bei vollstationärer Pflege und Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit des Grades 2 oder höher zu 100 % gezahlt, wenn im Einstufungsbescheid der SPV bzw. der PPV eine vollstationäre Pflege befürwortet wird.

Erfolgt eine vollstationäre Pflege, obwohl im Einstufungsbescheid keine vollstationäre Pflege befürwortet wurde, werden bei Pflegebedürftigkeit der Grade 2 und 3 50 % des versicherten Tagegeldes sowie bei Pflegebedürftigkeit der Grade 4 und 5 100 % des versicherten Tagegeldes gezahlt.

Abweichend von § 6 Abs. f Teil I AVB unterbrechen eine vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus sowie stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen die Zahlung des Pflege-Tagegeldes nicht.

Ändert sich der Grad der Pflegebedürftigkeit, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der Feststellung dieser Änderung neu festgesetzt.

(2) Assistenzleistungen

Bei Tarif PTS sind bei Pflegebedürftigkeit folgende Assistenzleistungen mitversichert.

a) Pflegeberatung

Der Versicherungsnehmer hat ein Anrecht, über erforderliche Hilfsmittel für die Pflege und über Leistungsansprüche aus der SPV bzw. PPV beraten zu werden.

b) Vermittlung kostenpflichtiger Leistungen und Dienste

Folgende Leistungen und Dienste werden vermittelt

- Pflegedienste
- Pflegeheimplätze
- Arzt- und Behördengänge
- Menüservice
- Besorgungen und Einkäufe
- Bringen und Abholen von Reinigungswäsche
- Haushaltshilfe
- Hausnotruf
- Beratung rund um das Thema Pflege (siehe Pflegeberatung)
- Unterstützung für das Ausfüllen von Anträgen
- Pflegeschulungen für Angehörige
- Haustierbetreuung
- Garten- und Grundstückspflege

Die Kosten für die angeführten Leistungen und Dienste werden nicht übernommen.

c) Service-Telefonnummer

Für eine telefonische Beratung bei Fragen zum Thema Pflege wird rund um die Uhr eine Service-Telefonnummer bereitgestellt.

§ 3 Planmäßige Erhöhung des Pflege-Tagegeldes und des Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung

Das vereinbarte Pflege-Tagegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre um 10 %, vorausgesetzt, dass bis zu diesem Zeitpunkt

- die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet hat,
- der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflege-Tagegeldes nicht geändert hat und
- ein Leistungsanspruch aus dem Tarif PTS nicht besteht.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten Pflege-Tagegeldsatz und wird auf ganze Euro gerundet.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung des Pflege-Tagegeldes und des daraus resultierenden Mehrbeitrages spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Vereinbarte Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend. Die Erhöhung gilt vom Versicherungsnehmer als angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer drei aufeinanderfolgenden Erhöhungen des Pflege-Tagegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung für diese Person.

§ 4 Option auf Nachversicherung für künftige Reformen/Tarifumstellung

Aufgrund einer Pflegereform können sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen ändern. Wenn der Versicherer einen Pflege-Tagegeldtarif anbietet, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den bestehenden Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung auf einen neuen Tarif mit nach den Bewertungskriterien des Versicherers vergleichbarem Leistungsumfang umstellen zu lassen.

§ 5 Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeiträge.

Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 9 a Teil I der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monats ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) zu zahlen.