

Ihr Partner fürs Leben.

ALTE OLDENBURGER 

Private Krankenversicherung

Pflegetagegeld

Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur privaten
oder sozialen Pflegepflichtversicherung

Pflege flex

Pflege flex

Pflegetagegeld

Ergänzende Pflegetagegeldversicherung zur privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung

Pflege flex

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung Teil I Musterbedingungen 2017 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

A Leistungen des Versicherers

1. Pflegetagegeld

Gezahlt wird das vereinbarte Pflegetagegeld in dem Tarifbaustein

Pflege flex0 zu 50% bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1

Pflege flex1 zu 100% bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 und zu 35% bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3

Pflege flex2 zu 70% bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3 und zu 75% bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 4

Pflege flex3 zu 30% bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 4 und zu 105% bei Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5

Eine Unterscheidung zwischen ambulanter, stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege wird nicht vorgenommen.

2. Höhe der Leistung

Das vereinbarte Pflegetagegeld darf für Pflege flex0 nicht höher sein als für Pflege flex1, für Pflege flex1 nicht höher sein als für Pflege flex2 und für Pflege flex2 nicht höher sein als für Pflege flex3.

Abgeschlossen werden dürfen die Tarifbausteine nur in den Kombinationen

Pflege flex3

Pflege flex3 + Pflege flex2

Pflege flex3 + Pflege flex2 + Pflege flex1

Pflege flex3 + Pflege flex2 + Pflege flex1 + Pflege flex0

Die vorstehenden Regelungen gelten auch für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung.

3. Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

Der Begriff und die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus § 1a MB/EPV 2017.

Ändert sich der Pflegegrad, so ändert sich das zu zahlende Pflegetagegeld ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung entsprechend.

Liegt bereits eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, ist diese Einstufung für die Festlegung des Pflegegrades in den abgeschlossenen Tarifbausteinen maßgeblich. In diesem Fall entfällt die gesonderte Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 9 Abs. 1 MB/EPV 2017. Der Pflegegrad und die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Liegt keine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, insbesondere weil der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sich der Versicherte wegen der Einstufung der Pflegebedürftigkeit von einem vom Versicherer beauftragtem Gutachter untersuchen zu lassen. Die Beauftragung wird in der Regel an einen in Deutschland ansässigen Gutachter erfolgen. Dessen Reisekosten ins Ausland und nach Deutschland sind vom Versicherten zu tragen.

Ihre Service-Hotline
für Assistanzenleistungen:
0 44 41/905-44 45

4. Assistanzenleistungen

Nach Eintritt des Versicherungsfalles hat die versicherte Person – sofern die Assistanzenleistung in Deutschland durchgeführt wird – Anspruch auf:

- Vermittlung von Reha-Diensten und -Kliniken sowie Pflegeheimplätzen
- Vermittlung von examinierten Krankenschwestern und -pflegern, staatlich anerkannten Altenpflegern und Pflegehelfern bzw. Unternehmen, die die Leistungen der ambulanten Grundpflege zur Verfügung stellen
- Vermittlung von Kooperationspartnern zur Verrichtung der allgemein anfallenden Tätigkeiten im Haushalt
- Vermittlung an einen Dienstleister (Compass) für telefonische Informationsleistungen zu Pflege Themen, wie z. B. Fragen rund um die Pflegeversicherung, Hilfestellung zu Antragsverfahren und Finanzierungen sowie Leistungen im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation
- Vermittlung von Dienstleistern zur 24-Std.-Betreuung durch Fachpersonal in der Wohnung oder dem Haus der versicherten Person
- Vermittlung von Kooperationspartnern zur Besorgung von Einkäufen (ausschließlich Gegenstände des täglichen Bedarfs)
- Vermittlung einer Kinderbetreuung für bis zu 48 Std. (Kinder unter 16 Jahren), wenn Kinder infolge einer Notsituation nicht länger betreut werden können
- Vermittlung von Fahrdiensten
- Vermittlung von Kooperationspartnern zur Anlieferung einer täglichen Hauptmahlzeit
- Vermittlung von Unternehmen, die Hausnotrufdienste, einschließlich technischer Bereitstellung des medizinischen Hausnotrufdienstes (inkl. Schlüsselverwaltung) anbieten
- Vermittlung von Architekten zur bedarfsorientierten und behindertengerechten Umgestaltung des Wohnraumes
- Benennung von Betreuungsdiensten zur Unterbringung und Versorgung von Haustieren

Versicherungsschutz besteht nur für die Vermittlung bzw. Benennung, nicht für die Bezahlung der vermittelten bzw. benannten Leistung.

5. Einmalleistung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Wird die versicherte Person erstmalig pflegebedürftig (mindestens Pflegegrad 2), wird zusätzlich zum Pflagegagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 30-fachen Tagessatzes des jeweiligen Pflegegrades gezahlt. Ein Anspruch auf Einmalleistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

6. Beitragsbefreiung

Wird eine versicherte Person pflegebedürftig (mindestens Pflegegrad 2) entfällt für sie die Pflicht zur Beitragszahlung in den Tarifbausteinen Pflege flex1, Pflege flex2 und Pflege flex3. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Monat, der auf die Einstufung in den Pflegegrad folgt. Sie endet mit dem Ablauf des Monats, in dem Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1 vorliegt oder keine Pflegebedürftigkeit mehr gegeben ist.

7. Wartezeit

Wartezeiten bestehen nicht.

8. Ordentliches Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

9. Leistungspflicht im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie die Schweiz. Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen in Satz 1 genannten Staat, so hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Fortsetzung des Vertrages. Die Fortsetzung kann von besonderen Vereinbarungen abhängig gemacht werden.

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in einem anderen als Satz 1 genannten Staat, besteht für die Dauer von bis zu 6 Wochen ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

10. Leistungspflicht bei vollstationärer Behandlung

Der Versicherer leistet während der Durchführung einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sowie einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung, solange ein Leistungsanspruch in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung unverändert fortbesteht bzw. fortbestehen würde.

B. Dynamisierung

Dem Versicherungsnehmer wird mindestens alle fünf Jahre die Möglichkeit gegeben, das vereinbarte Pfl egetagegeld entsprechend der Entwicklung des Verbraucherpreisindex in Deutschland der letzten fünf Jahre zu erhöhen.

Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Beitragsbefreiung oder der Leistungsfall nach Pflegegrad 1 steht der Erhöhung des monatlichen Pfl egetagegeldes nicht entgegen.

Sobald im Tarifbaustein Pflege flex3 ein täglicher Pfl egesatz von EUR 150,00 erreicht wird, entfällt der Anspruch auf Dynamisierung für alle Tarifbausteine. Eine Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten Tagessatz und wird auf den nächsten vollen Euro aufgerundet.

Der Höchstbetrag von EUR 150,00 kann mit Zustimmung des Treuhänders für Prämienänderungen (§ 155 VAG) der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Die Erhöhung kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im jeweiligen Jahr übersandten Formular beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pfl egetagegeld angepasst werden kann und die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss.

Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, wird der fristgerecht eingegangene Antrag ohne erneute Risikoprüfung angenommen. Die Anpassung wird dann zum 1. des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrags beim Versicherer folgt.

Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte Besondere Bedingungen gelten auch für den höheren Versicherungsschutz.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen nach dieser Vorschrift. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Einzelheiten zur Anpassung und zur Beobachtung der Kostenentwicklung sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

C. Anwartschaftsversicherung

1. Abschluss

Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung ist für die Tarifbausteine Pflege flex0, Pflege flex1 sowie Pflege flex2 möglich.

2. Leistungsinhalt

Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung wird das Recht erworben, die in Anwartschaft gestellten Tarifbausteine mit der vereinbarten Höhe des Pfl egetagegeldes in Kraft zu setzen. Während der Laufzeit der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer hinsichtlich der in Anwartschaft gestellten Tarifbausteine leistungsfrei. Ab dem Umwandlungstermin wird der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft gesetzt.

Der Antrag auf Inkraftsetzung der in Anwartschaft gestellten Tarifbausteine kann zum Zeitpunkt der Vollendung des 30., des 35., des 40., des 45., des 50., des 55., des 60. und des 65. Lebensjahres gestellt werden. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag ist mindestens 6 Monate, frühestens 12 Monate, vor dem gewünschten Umstellungstermin zu stellen. Eine Antragsstellung ist nicht möglich, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

3. Beiträge

Der Anwartschaftsbeitrag (Anwartschaftsprozentsatz) ist dem Beitragsübersichtsblatt zu entnehmen.

Werden während der Dauer der Anwartschaftsversicherung für den gewählten Tarifbaustein die Beiträge geändert, so ändern sich auch die Beiträge der bestehenden Anwartschaftsversicherung entsprechend. Bei einer Beitragsänderung der Tarifbausteine kann auch der Prozentsatz der Anwartschaftsversicherung mit Wirkung für bestehende Anwartschaften geändert werden.

Ab dem Umstellungstermin sind die dann gültigen Beiträge zu entrichten. Der Beitragsberechnung wird das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter des Versicherten zugrunde gelegt.

4. Beendigung

Mit Inkraftsetzung der in Anwartschaft stehenden Tarifbausteine endet die Anwartschaftsversicherung.

Wird von dem letztmaligen Recht auf Umstellung kein Gebrauch gemacht oder wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Die Anwartschaftsversicherung endet darüber hinaus zum Ersten des Monats, in welchem bei der versicherten Person Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

D. Beiträge

Die monatliche Beitragsrate für je 5,- EUR Tagessatz (Beitragsübersichtsblatt) richtet sich nach dem erreichten Alter, maßgeblich ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr der versicherten Person.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Stand 01/2017