

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Teil 2 - Tarif mit Tarifbedingungen Tarif PflegeBahr (PZTG02) B3 51 409

Teil 2 gilt in Verbindung mit den AVB für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Teil 1 - Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung - MB/GEPV 2017 - §§ 1-27)
- B3 51 308.

Teil 2 regelt die tariflichen Leistungen (§§ 1-4). Außerdem sind hier Bestimmungen enthalten, welche darüber hinaus einzelne Regelungen aus Teil 1 ergänzen oder zum Vorteil der Versicherten ändern (§§ 5-13).

Inhalt:

- § 1 Art der Versicherungsleistung (Pflegetagegeld)
- § 2 Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit
- § 3 Entfall der Wartezeit
- § 4 Leistungsausschlüsse und -einschränkungen
- § 5 Überweisungs- und Übersetzungskosten
- § 6 Ergänzende Regelungen zur Beitragszahlung
- § 7 Mahnkosten
- § 8 Anteilige Beitragszahlung und die Bestimmung des Tagesbeitrags
- § 9 Erhöhung des Tagessatzes ohne Gesundheitsprüfung (Dynamisierung)
- § 10 Wechsel der für den Beitrag relevanten Altersstufe
- § 11 Ordentliches Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers und die Bestimmung des Versicherungsjahres
- § 12 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in die Schweiz
- § 13 Vertragsfortsetzung bei Trennung, Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft

§ 1 Art der Versicherungsleistung (Pflegetagegeld)

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang ein Pflegetagegeld für bis zu 360 Tage im Kalenderjahr.

§ 2 Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit

Bei einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ist nachfolgendes Pflegetagegeld versichert:

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

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

- Zuordnung zum Pflegegrad 1
10 Prozent des versicherten Tagessatzes, jedoch nach Teil 1 § 6 Absatz 1 mindestens 60 Euro pro Kalendermonat.
- Zuordnung zum Pflegegrad 2
20 Prozent des versicherten Tagessatzes, jedoch nach Teil 1 § 6 Absatz 1 mindestens 120 Euro pro Kalendermonat.

- Zuordnung zum Pflegegrad 3
50 Prozent des versicherten Tagessatzes, jedoch nach Teil 1 § 6 Absatz 1 mindestens 180 Euro pro Kalendermonat.
- Zuordnung zum Pflegegrad 4
80 Prozent des versicherten Tagessatzes, jedoch nach Teil 1 § 6 Absatz 1 mindestens 240 Euro pro Kalendermonat.
- Zuordnung zum Pflegegrad 5
100 Prozent des versicherten Tagessatzes, jedoch nach Teil 1 § 6 Absatz 1 mindestens 600 Euro pro Kalendermonat.

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

Das vereinbarte Pflegetagegeld wird abweichend von Teil 1 § 7 Absatz 4 monatlich rückwirkend gezahlt.

§ 3 Entfall der Wartezeit

Die Wartezeit nach Teil 1 § 5 Absatz 2 entfällt bei Unfällen.

§ 4 Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

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

Wenn demnach in der gesetzlichen Pflegeversicherung die Leistungspflicht dem Grunde nach ausgeschlossen oder eingeschränkt ist, besteht keine Leistungspflicht.

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

§ 5 Überweisungs- und Übersetzungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist kostenfrei, wenn dem Versicherer ein Inlandskonto benannt wurde. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Nachweisen werden nicht vom Versicherer getragen.

§ 6 Ergänzende Regelungen zur Beitragszahlung

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Der monatliche Beitrag beträgt pro versicherte Person mindestens 15 Euro (Mindestbeitrag) (siehe Teil 1 § 9 Absatz 1).

Abweichend von Teil 1 § 9 Absatz 2 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen.

Wenn vereinbart ist, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss dem Versicherer hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Der Versicherer kann verlangen, dass dieses in Textform erteilt wird.

§ 7 Mahnkosten

Die Mahnkosten nach Teil 1 § 9 Absatz 4 Satz 2 betragen 1,50 Euro.

§ 8 Anteilige Beitragszahlung und die Bestimmung des Tagesbeitrags

In Teil 1 § 9 Absatz 5 ist die anteilige Beitragszahlung bei vorzeitiger Vertragsbeendigung geregelt. Zusätzlich gilt:

(1) Für den Monat, in dem die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nach Teil 1 § 24 nicht am Monatsersten beginnt, kann der Versicherer für die betroffene versicherte Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

§ 9 Erhöhung des Tagessatzes ohne Gesundheitsprüfung (Dynamisierung)

(1) Solange die versicherte Person das 69. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erhöht der Versicherer planmäßig den für sie versicherten Tagessatz alle 36 Monate um 5 Prozent, jedoch nach § 127 Absatz 2 Nr. 4 SGB XI (siehe Anhang) maximal bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate.

Eine Erhöhung erfolgt außerdem nur, soweit dadurch die Versicherungsleistungen die zum Zeitpunkt der jeweiligen Tagessatzerhöhung geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten.

Der Versicherer ist berechtigt, den sich nach den Sätzen 1 bis 3 ergebenden Tagessatz auf 1 Euro kaufmännisch zu runden.

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

(3) Bei der planmäßigen Erhöhung findet eine Gesundheitsprüfung nicht statt. Nach Ablauf der Wartezeit nach Teil 1 § 5 Absatz 2 findet die Regelung Teil 1 § 5 Absatz 3 keine Anwendung.

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann der planmäßigen Erhöhung des Tagessatzes

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

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

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

§ 10 Wechsel der für den Beitrag relevanten Altersstufe

Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 16. oder das 18. Lebensalter vollendet, ist für sie der für die nächst höhere Alterstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Vollendet die versicherte Person das 18. Lebensjahr, ist für sie der Mindestbeitrag in Höhe von 15 Euro zu zahlen (siehe Teil 1 § 24 Absatz 4).

Erhöht sich der Beitrag, besteht nach Teil 1 § 17 Absatz 6 ein Kündigungsrecht.

§ 11 Ordentliches Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers und die Bestimmung des Versicherungsjahres

(1) Abweichend von Teil 1 § 17 Absatz 1 gilt Folgendes:

Es gilt keine Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren. Der Versicherungsnehmer kann somit das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann nach Teil 1 § 17 Absatz 3 auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

§ 12 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in die Schweiz

Abweichend von Teil 1 § 19 Absatz 5 gilt Folgendes:

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

§ 13 Vertragsfortsetzung bei Trennung, Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft

Ein getrennt lebender oder rechtskräftig geschiedener Ehegatte kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.