



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflege-Tagegeldversicherung - Tarif PTF (KV778_201212)

Teil II Leistungsregelungen für die Tarifstufen PTF1, PTF2 und PTF3 mit geschlechtsunabhängiger Beitragskalkulation

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Bestimmungen für die Pflege-Tagegeldversicherung

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Tarifstufen	§ 5	Option auf Nachversicherung für künftige Reformen/ Tarifumstellung
§ 2	Versicherungsfähigkeit	§ 6	Monatsbeiträge
§ 3	Versicherungsleistungen		
§ 4	Planmäßige Erhöhung des Pflege-Tagegeldes und des Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung	Anhang	

§ 1 Tarifstufen

Tarif PTF wird in drei Tarifstufen angeboten. Bei Tarifstufe PTF1 wird das für diese Tarifstufe versicherte Pflege-Tagegeld ab Pflegestufe I gezahlt. Über Tarifstufe PTF2 kann ein Pflege-Tagegeld in der für diese Tarifstufe vereinbarten Höhe ab Pflegestufe II, über Tarifstufe PTF3 nur für die Pflegestufe III versichert werden. Die Tarifstufen können miteinander kombiniert werden.

§ 2 Versicherungsfähigkeit

Die Tarifstufen PTF1, PTF2 oder PTF3 können nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) vereinbart werden. Endet diese Versicherung, so enden gleichzeitig die Versicherungen nach der Tarifstufe PTF1, PTF2 oder PTF3.

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Pflege-Tagegeld

Voraussetzung für die Zahlung von Pflege-Tagegeld in der jeweiligen Tarifstufe ist, dass bei der versicherten Person nach objektivem ärztlichen Befund Pflegebedürftigkeit gemäß den in § 1 Abs. 6 Teil I AVB festgelegten Kriterien mindestens in dem Umfang besteht, der in der jeweiligen Tarifstufe als niedrigste Pflegestufe versichert ist. Bei Tarifstufe PTF1 ist also Voraussetzung für die Zahlung des Pflege-Tagegeldes, dass Pflegebedürftigkeit mindestens im Umfang der Pflegestufe I besteht, bei Tarifstufe PTF2 mindestens im Umfang der Pflegestufe II und bei Tarifstufe PTF3 im Umfang von Pflegestufe III. Das versicherte Tagegeld wird unabhängig davon, ob die Pflege ambulant oder stationär durchgeführt wird, 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.

Sinkt der Grad der Pflegebedürftigkeit und folgt daraus, dass Pflegebedürftigkeit nur noch in geringerem Umfang vorliegt, als für die Einstufung in die niedrigste durch die jeweilige Tarifstufe abgesicherte Pflegestufe erforderlich ist, wird die Zahlung des Pflege-Tagegeldes für diese Tarifstufe ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung dieser Änderung eingestellt.

(2) Betreuungstagegeld für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz)

In der jeweiligen Tarifstufe wird ein Betreuungstagegeld gezahlt, wenn aus der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45 b Elftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI, siehe Anhang) besteht. Das Betreuungstagegeld beträgt unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit zwanzig Prozent des versicherten Pflege-Tagegeldes gemäß Absatz 1.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis gegenüber der SPV bzw. PPV. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV, so endet gleichzeitig der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld.

(3) Einmalzahlungen bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit

Wird die versicherte Person erstmalig nach objektivem ärztlichen Befund mindestens in dem für die jeweilige Tarifstufe geltenden Mindestumfang pflegebedürftig (siehe § 3 Abs. 1 Satz 2), wird zusätzlich zum Pflege-Tagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 100-fachen des in der jeweiligen Tarifstufe versicherten Pflege-Tagegeldsatzes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht pro Tarifstufe nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

(4) Assistenzleistungen

In den Tarifstufen PTF1, PTF2 und PTF3 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.

§ 4 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 gegenüber der SPV bzw. der PPV 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 Leistungs-



ausschlüsse 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.

§ 5 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.

§ 6 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.



Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung

§ 45 b Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45 a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs aufgrund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45 a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45 c gefördert oder förderungsfähig sind.

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflege-Tagegeld-Versicherung - Tarife PTS^(KV779_201212)

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 ärztlichen Befund Pflegebedürftigkeit gemäß den in § 1 Abs. 6 Teil I AVB festgelegten Kriterien mindestens in dem für die Pflegestufe I erforderlichen Umfang besteht und eine vollstationäre Pflege durchgeführt wird. Das Pflege-Tagegeld wird bei vollstationärer Pflege unabhängig von der erreichten Pflegestufe 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 nach der Stufe I und II 50 % 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 und folgt daraus eine neue Zuordnung zu den Pflegestufen, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der ärztlichen 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.