

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die
ergänzende Pflegekrankenversicherung**

Tarif PT

Inhalt	Seite
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung	
Der Versicherungsschutz	
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	4
§ 3 Wartezeit	5
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung	6
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	7
Pflichten des Versicherungsnehmers	
§ 8 Beitragszahlung	7
§ 8a Beitragsberechnung	8
§ 8b Beitragsanpassung	8
§ 9 Obliegenheiten	9
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	10
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegenüber Dritten	10
§ 12 Aufrechnung	10
Ende der Versicherung	
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	10
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	11
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	11
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	12
§ 17 Gerichtsstand	12
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	12
Tarifbedingungen für den Tarif PT	13
Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	15
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)	17
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)	17
Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	18

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Teil I: Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009)

Teil II: Ergänzende Bedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

§ 1 Abs. 2 wird wie folgt ergänzt:

Pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind auch Personen, bei denen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne des Absatzes 6 Teil II vorliegt.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

§ 1 Abs. 6 wird wie folgt ergänzt:

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

§ 1 Abs. 6 in Verbindung mit § 1 Abs.2 (Teil II) wird wie folgt ergänzt:

Eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer liegt vor, wenn Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im folgenden Sinne vorliegen:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauff Tendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. täglich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn im Pflegegutachten wenigstens 3 Merkmale/Items mit JA dokumentiert sind, davon wenigstens eines in dem Bereich „1 bis 9“

und wenigstens ein weiteres in dem Bereich „1, 2, 3, 4, 5, 9 und 11“.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

§ 1 Abs. 11 wird wie folgt ergänzt:

Der Versicherungsschutz gilt allgemein in all denjenigen Ländern, in denen auch Leistungen der deutschen gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden (Sozialversicherungsabkommen). Insbesondere gilt der Versicherungsschutz in Europa.

Der Versicherungsschutz kann durch eine einvernehmliche Vereinbarung über die Feststellung einer Pflegestufe auch darüber hinaus (weltweit) ausgedehnt werden.

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert wurden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3 Abs. 2 wird wie folgt ergänzt:

Die Wartezeit entfällt. Dies gilt sowohl für den erstmaligen Abschluss des Versicherungsschutzes als auch für Vertragsänderungen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;

c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich ge-

regelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;

e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;

f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 wird wie folgt ergänzt:

In Abs.1 finden die Buchstaben d) bis h) sowie die Abs. 2 und 3 keine Anwendung.

§ 5 Abs. 1 b) wird wie folgt ergänzt:

Die tarifliche Leistung wird auch gewährt, wenn der Versicherungsfall auf einer Suchterkrankung beruht.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

§ 6 Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:

Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen ab dem Zeitpunkt, zu dem der medizinische Dienst der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit feststellt. Voraussetzung ist, dass der Antrag spätestens sechs Monate nach Erstellung des Pflegegutachtens beim Versicherer eingegangen ist, anderenfalls beginnt die Leistung mit

dem 1. Tag des Monats, in welchem der Antrag eingegangen ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungs-

schutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

§ 8a Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:

Bei Erreichen des 21. Lebensjahres wird der Beitrag der versicherten Person vom Beitrag für Kinder und Jugendliche auf den Beitrag für Erwachsene des Alters 21 umgestellt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt, dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen an gerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

§ 8a Abs. 2 wird wie folgt ergänzt:

Als tarifliches Lebensjahr gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit

den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

(3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d.

§ 9 Abs. 2 wird wie folgt ergänzt:

Findet mit Ausnahme der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung keine Anwendung.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

§ 14 Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:

Die Pflagegeldversicherung ist nach Art der Lebensversicherung kalkuliert.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer

anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) In der Pflagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Tarifbedingungen für den Tarif PT

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung:

Teil I: Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009)

Teil II: Ergänzende Bedingungen

Teil III:

1. Versicherte Leistungen

Ob und welche der nachfolgend beschriebenen Tarifbausteine in welcher Höhe versichert sind, entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein.

Die Versicherungsleistungen aus versicherten Tarifen werden unabhängig von der Art der Pflege (ambulant durch gewerblich tätige Pflegedienste, durch Angehörige bzw. sonstige Personen oder durch stationäre Pflege) geleistet.

1.1 Versicherbare Leistungen

Im Tarif PT können folgende Leistungen versichert werden:

- Zahlung eines Pflegetagegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 6 der AVB
- Zahlung eines ergänzenden Pflegetagegeldes, sofern eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wird (§ 1 Abs. 2 i. V. mit § 1 Abs. 6 AVB Teil II).
- Erhöhung der Leistungen der Pflegestufe I und II auf die Leistung der Pflegestufe III bei stationärer Pflege
- Einmalleistung bei erstmaligem Eintritt des Pflegefalles

1.10 Pflegetagegeld (Tarif PT1, PT2 oder PT3)

Versichert werden kann ein **Pflegetagegeld** im Fall der Pflegebedürftigkeit nach Stufe I, II oder III in Vielfachen von 5,00 € (Leistungs-Stufe). Es muss mindestens die Pflegestufe III versichert werden.

Die Mindesthöhe und das maximal versicherbare Pflegetagegeld einer Pflegestufe richten sich nach den Annahmerichtlinien des Versicherers.

1.11 Demenztagegeld (Tarifergänzungen D: PTD0, PTD1, PTD2 oder PTD3)

Ein **zusätzliches Pflegetagegeld** kann für den Fall versichert werden, dass eine **eingeschränkte Alltagskompetenz** im Sinne des § 1 Abs. 6 AVB Teil II festgestellt wird. Versichert werden können die Pflegestufe 0 (es wird eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt, aber keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 6 AVB Teil I) oder die Pflegestufen I bis III (es wird eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt, zusätzlich liegt Pflegebedürftigkeit nach den Stufen I, II oder III im Sinne des § 1 Abs. 6 AVB Teil I vor).

1.12 Erhöhung der stationären Leistung (Tarifergänzung S)

Die **stationären Leistungen** aus den Tarifen PT1 und PT2 für die Pflegestufen I und II können auf die vereinbarte Höhe der Leistung des Tarifes PT3 für die Pflegestufe III angepasst werden. Die Höhe des Pflegegeldes bei ambulanter Pflege bleibt dabei unverändert.

1.13 Einmalleistung (Tarif E)

Es kann eine einmalig zu zahlende Leistung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit nach einer der versicherten Stufen I, II oder III vereinbart werden. Diese Leistung wird bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit in der vereinbarten Höhe gezahlt. Sie kann während der Vertragslaufzeit nur einmal gezahlt werden. Für den Fall der Neubewilligung von Pflegeleistungen, nachdem bereits Leistungen gezahlt wurden, besteht keine erneuter Anspruch.

1.2 Aus dem Vertrag zustehende Leistungen

1.20 Beitragsbefreiung (Tariferganzung B)

Werden aus dem Vertrag für die versicherte Person Pfl egetagegeld-Leistungen (aus Stufe I, II oder III) nach den Ziffern 1.10 bis 1.12 gezahlt, so entfällt für den Zeitraum des Leistungsbezugs die Beitragszahlung für die versicherte Person. Eine ausschließliche Leistung nach Pflegestufe 0 (§ 1 Abs. 6 AVB Teil II) führt nicht zur Beitragsfreistellung im Leistungsfall.

1.21 Dynamische Anpassung im Leistungsbezug

Die geleisteten Pfl egetagegelder:

1. aus dem Tarif PT2 oder PT3 (Ziffer 1.10)
2. aus dem Tarif PTD2 oder PTD3 (Ziffer 1.11)
3. aus der Tariferganzung S (Ziffer 1.12)

werden alle 12 Monate, gerechnet ab dem Monat des Eintritts der Pflegebedürftigkeit in der versicherten Pflegestufe II oder III, um 3 % der im Erhöhungszeitpunkt versicherten Leistung erhöhet. Im Falle der Beendigung der Leistung beginnt bei einer späteren Neubewilligung die Laufzeit der Dynamik erneut.

Die Leistung aus der Pflegestufe 0 oder I ist von der Dynamik ausgeschlossen. Die Zahlung einer Leistung aufgrund der Pflegestufe 0 oder I löst keine Dynamik in den anderen Pflegestufen aus.

2. Voraussetzungen für die Leistung

2.1 Feststellung der Pflegebedürftigkeit - Leistungsnachweis

Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009 Teil I). Als Leistungsnachweis dienen das Gutachten der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung sowie der Bewilligungsbescheid der Pflegepflichtversicherung. Die Unterlagen sind einzureichen. Der Leistungsnachweis ist spätestens 3 Monate nach Feststellung der Pflegestufe einzureichen. Erfolgt der Nachweis später, so beginnt die Zahlung des vereinbarten Pfl egetagegeldes mit dem 1. des Monats, in dem der Leistungsnachweis beim Versicherer eingeht.

2.2 Beginn und Ende der Leistung

Das Pfl egetagegeld wird ab dem Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den Regelungen des § 6 der »Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung« (MB/EPV 2009 Teil I) gezahlt. Es endet mit dem Tag, an dem die Pflegebedürftigkeit bzw. die Einstufung in einer Pflegestufe endet. Die Regelung gilt auch für die Einmal-Leistung gemäß Ziffer 1.13. Die Leistung ist im Falle der Beendigung der Pflegebedürftigkeit nicht zurück zu zahlen.

3. Dynamische Anpassung vor Leistungsbezug

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, alle 36 Monate, gerechnet seit Versicherungsbeginn den Versicherungsschutz um höchstens zwei Leistungsstufen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Für die Berechnung des Beitrages für den erhöheten Versicherungsschutz ist das zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichte Alter (Kalenderjahr ./ Geburtjahr) maßgebend. Voraussetzung ist, dass bei der versicherten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen oder der gesetzlichen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung vorliegt bzw. bisher kein Antrag auf Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung gestellt wurde. Der Versicherungsnehmer kann die Anpassung bis zu dreimal nacheinander aussetzen, ohne das Recht auf die dynamische Anpassung zu verlieren.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat

die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass

1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann,
2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,
3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

§ 37 SGB V [Häusliche Krankenpflege]

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 2 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)

§ 36 Leistungen bei häuslicher Pflege, Pflegesachleistung

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als drei vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.

§ 43 Vollstationäre Pflege, Inhalt der Leistung

(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pfl-

gebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.918 Euro monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

§ 35

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 266 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 482, 685, 878, 1.142 oder 1.404 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die auf-

grund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Pflegezusatzversicherung

Produktinformationsblatt nach § 4 VVG-Informationsverordnung

Produktinformationsblatt zur Pflegezusatzversicherung bei der vigo Krankenversicherung VVaG

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde

Die nachfolgenden Hinweise informieren Sie über die wesentlichen Inhalte des Versicherungsvertrages und die wichtigsten Rechte und Pflichten, die sich für Sie aus dem Vertragsverhältnis ergeben. **Bitte beachten Sie, dass diese Zusammenfassung nicht abschließend ist.** Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Sofern ein Sachverhalt in diesen AVB geregelt ist, finden Sie in den Erläuterungen einen entsprechenden Hinweis auf den betreffenden Paragraphen.

1. Was beinhaltet Ihr Vertrag?

Bei der zugrunde liegenden Versicherung handelt es sich um eine Pfl egetagegeld-Versicherung.

2. Welches Risiko wird versichert?

Versichert sind die wirtschaftlichen Folgen einer Pflegebedürftigkeit. Die Leistung erfolgt in Form eines Pfl egetagegeldes. Dieses wird für jeden Tag an dem Pflegebedürftigkeit vorliegt in der vereinbarten Höhe gezahlt. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die entsprechende Einstufung nach den Pflegestufen I bis III sind in den AVB in § 1 beschrieben. Er entspricht dem Begriff der Pflegebedürftigkeit der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI. Sofern es vertraglich vereinbart ist, werden bei Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz (AVB § 1 Abs. 6) unter Umständen ebenfalls Leistungen fällig.

Sie können das Pfl egetagegeld um zusätzliche Leistungen erweitern:

- ein zusätzliches Demenz-Pfl egetagegeld (AVB Teil III, Ziffer 1.11),
- Erhöhung der stationären Leistungen (AVB Teil III, Ziffer 1.12),
- einer Einmalleistung bei erstmaligem Eintritt einer versicherten Pflegebedürftigkeit (AVB Teil III, Ziffer 1.13).

Die genauen Einzelheiten für die Voraussetzungen der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I bis III).

Solange Sie aus dem Vertrag eine Leistung erhalten, entfällt für den Leistungsempfänger die Beitragszahlung. Ausgenommen ist eine ausschließliche Pflegebedürftigkeit nach Stufe 0 im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III, Ziffer 1.20).

Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt in allen Ländern, mit denen die Bundesrepublik Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen unterhält (§ 1 Abs. 11 der AVB). Dazu gehören insbesondere die Staaten der Europäischen Gemeinschaft und des Europäischen Wirtschaftsraumes. Der Versicherungsschutz kann durch eine einvernehmliche Vereinbarung über die Feststellung einer Pflegestufe auch darüber hinaus (weltweit) ausgedehnt werden.

Bestehen Wartezeiten irgendwelcher Art?

Der Versicherungsschutz besteht ab dem 1. Tag des Bestehens Ihres Vertrages (AVB § 3 Abs. 2). Auch im Leistungsfall bestehen keine Wartezeiten.

Dynamische Anpassung Ihres Vertrages

Sie können Ihren Vertrag jederzeit während der Vertragslaufzeit anpassen. Für den zusätzlichen Versicherungsschutz ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

Solange noch keine Pflegebedürftigkeit besteht, können Sie Ihren Vertrag ohne Gesundheitsprüfung (maximal um zwei Leistungsstufen zu je 5,- EUR) jeweils nach Ablauf des 36. Monats, gerechnet ab Versicherungsbeginn, erhöhen. Die Anpassung ohne Gesundheitsprüfung können Sie maximal drei Mal nacheinander aussetzen. Danach erlischt das Recht auf dynamische Anpassung ohne Gesundheitsprüfung.

Besteht bereits Pflegebedürftigkeit nach Stufe II oder III, wird das Pfl egetagegeld jeweils alle 12 Monate, gerechnet ab dem Monat des Eintritts der Leistung aus der genannten Stufe, um jeweils 3 % der

versicherten Leistung angepasst. (AVB Teil III Ziffer 1.21) Der Vertrag bleibt dabei bedingungsgemäß beitragsfrei.

3. Prämienzahlung

Die Höhe der Prämie für den gewählten Versicherungsschutz können Sie dem Angebot bzw. dem Versicherungsschein entnehmen. Die Prämie wird jeweils zum 1. eines Monats fällig. Haben Sie für den Vertrag Jahreszahlung vereinbart, so wird die erste Prämie anteilig bis zum 31.12. des Beginnjahres erhoben. Danach ist die Prämie jeweils zum 1. Januar eines Jahres in voller Höhe fällig. Weitere Einzelheiten dazu finden Sie in § 8 der AVB. Für Jahreszahlung kann ein Nachlass vereinbart werden.

Was ist, wenn Sie Ihre Prämie nicht oder nicht rechtzeitig zahlen?

Die Prämie ist Ihre Gegenleistung für den Versicherungsschutz, den wir sicherstellen.

Damit Ihr Vertrag wirksam werden kann, ist es erforderlich, dass Sie die erste Prämie rechtzeitig zahlen (AVB § 8 Abs. 5 in Verbindung mit § 37 VVG).

Sollten Sie im Laufe der Vertragsdauer die Prämie nicht wie vereinbart zahlen, so sind wir berechtigt, den Vertrag zu kündigen (AVB § 8 Abs. 5 in Verbindung mit § 38 VVG).

Die Nichtzahlung der Prämien bedeutet für Sie den Verlust des Versicherungsschutzes.

4. Leistungsausschlüsse

Die Ursache für eine Pflegebedürftigkeit spielt im Normalfall keine Rolle, mit folgenden Ausnahmen (AVB Teil I, § 5):

- Die Pflegebedürftigkeit wird durch Kriegsereignisse verursacht oder
- ist Folge einer Wehrdienstbeschädigung.

5. Ihre Pflichten bei Vertragsabschluss

Voraussetzung für das Zustandekommen des Vertrages ist die Prüfung Ihres Gesundheitszustandes. Die dazu gestellten Fragen bitten wir sorgfältig und wahrheitsgemäß zu beantworten. In Zweifelsfällen fragen Sie bitte bei uns nach.

Beantworten Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß, so kann dies zur Folge haben, dass Sie keine Leistungen aus dem Vertrag erhalten.

6. Ihre Pflichten während der Vertragslaufzeit

Außer Ihrer Verpflichtung zur Zahlung der Prämien brauchen Sie während der Vertragslaufzeit nichts weiter zu beachten. Sofern Sie den Abschluss einer weiteren Pflegezusatzversicherung beabsichtigen, so erteilen wir hiermit unser Einverständnis. Auf § 9 Abs. 6 wird somit verzichtet.

7. Ihre Pflichten im Versicherungsfall (§ 9 AVB)

Die Leistung müssen Sie beantragen. Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit reichen Sie bitte den entsprechenden Bescheid Ihrer Pflegeversicherung ein. Sollten Sie die Unterlagen nicht einreichen, so sind wir möglicherweise nicht zur Leistung verpflichtet. Die verspätete Einreichung führt unter Umständen zu einem verspäteten Beginn der Leistungen. Weitere Einzelheiten enthält der § 10 der AVB. Jede Veränderung der Pflegebedürftigkeit oder deren Wegfall ist uns anzuzeigen (§ 9 Abs. 1 AVB)

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Vertrag wird zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Ein angefangenes Kalenderjahr gilt als Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (§ 2 AVB).

Er kann aus folgenden Gründen enden:

- Kündigung durch den Versicherungsnehmer (§ 13 AVB), erstmals zum Ende des zweiten Versicherungsjahres möglich,
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer (§ 14 AVB),
- Tod des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person.

9. Wie können Sie den Vertrag beenden?

Ihren Versicherungsvertrag können Sie jederzeit zum Ende eines Versicherungsjahres (das ist immer der 31.12. eines Kalenderjahres) kündigen. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor diesem Termin in Textform bei uns eingehen. Textform heißt: per Brief, Fax oder E-Mail. Wir bestätigen Ihnen diese Kündigung umgehend. Sollte jemand ohne Ihr Wissen die Kündigung veranlasst haben (bei einer Kündigung per E-Mail ist dies für uns beispielsweise nicht erkennbar), müssen Sie sich umgehend mit uns in Verbindung setzen.

vigo Krankenversicherung VVaG

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Telefon 0211 355900-0, Telefax 0211 355900-20

E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de
Internet: www.vigo-krankenversicherung.de

Registergericht: Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160

Auflage: 10/2013-001

- 1. Kundeninformation nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoVO)**
- 2. Datenschutzerklärung**

**Krankenversicherung und/oder private Pflegepflichtversicherung wie auch
Pflege-Zusatzversicherungen**

Kundeninformation zum Versicherungsschutz bei der vigo Krankenversicherung VVaG

Diese Kundeninformation erfüllt die Anforderungen des § 1 des Versicherungsvertragsgesetzes in der Fassung vom 23. November 2007, gültig ab 1.1.2008 in Verbindung mit der „Verordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtenverordnung – VVG-InfoVO)“ in der Fassung vom 18. Dezember 2007.

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig. Sie ist Bestandteil des Versicherungsvertrages. Ihren Erhalt haben Sie auf dem Antragsformular bestätigt.

1 Identität des Versicherers

vigo Krankenversicherung VVaG

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Sitz: Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf

Handelsregister: Registergericht Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160

Telefon: 0211 – 35 59 00 -0

Fax: 0211 – 35 59 00 – 20

E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Internet: www.vigo-krankenversicherung.de

2 Identität des Vertreters des Versicherers

Die vigo Krankenversicherung VVaG hat außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland keine Vertreter.

3 Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

vigo Krankenversicherung VVaG

Konrad-Adenauer-Platz 12

40210 Düsseldorf

Gesetzlicher Vertreter der vigo Krankenversicherung VVaG ist der Vorstand.

Mitglieder des Vorstandes sind:

Dieter Turowski (Vorsitzender), Willi Tiltmann

4 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung von Versicherungsverträgen.

5 Garantiefonds

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung sowie Pflegezusatzversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

6a Allgemeine Versicherungsbedingungen

Dem Vertrag liegen je vereinbartem Versicherungsschutz die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung“, „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung“, die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung“ oder die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ergänzende Pflegeversicherung“ (jeweils Teil I und II), sowie die zugehörigen Tarifbedingungen (Teil III) zugrunde. Diese Kundeninformation ist ebenfalls Bestandteil der Vertragsunterlagen.

6b Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die versicherten Leistungen, sowie die wesentlichen Merkmale der Versicherung können Sie dem jeweiligen Produktinformationsblatt für Ihre Versicherung entnehmen. Dieses ist ebenfalls Bestandteil des Vertrages.

7 Gesamtpreis der Versicherung

Den zu entrichtenden Beitrag für die angebotene Versicherung entnehmen Sie bitte dem Angebot oder dem Versicherungsschein.

8 Zusätzliche Kosten

Zusätzliche Kosten oder Gebühren werden nicht erhoben.

9 Beitragszahlung

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag.

Der Erstbeitrag wird unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Erhalt des Versicherungsscheines fällig, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Folgeprämien sind jeweils am 1. eines Monats fällig.

10 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die übergebenen Informationen haben zu dem von Ihnen beantragten/gewünschten Versicherungsbeginn Gültigkeit.

11 Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken bei Finanzdienstleistungen

entfällt

12 Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Vertrages

12 a Zustandekommen des Vertrages:

Das Zustandekommen des Vertrages erfolgt nach dem so genannten „Antragsmodell“.

Sie unterzeichnen den Antrag auf Kranken-, Pflege- oder Zusatzversicherung, **nachdem** Sie alle unter Ziffer 6 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wird der Antrag angenommen erhalten Sie den Versicherungsschein.

Der Vertrag kommt zustande wenn wir Sie über alle unter Ziffer 6 genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten haben und von Ihrem Widerrufsrecht (siehe Ziffer 13) keinen Gebrauch gemacht haben.

12 b Beginn des Versicherungsschutzes:

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein benannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf eventuell vereinbarter oder tariflich vorgesehener Wartezeiten.

12 c Bindefrist:

Die Frist innerhalb derer Sie an den Antrag gebunden sind, beträgt sechs Wochen.

13 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Brief: vigo Krankenversicherung VVaG
Konrad-Adenauer-Platz 12
40210 Düsseldorf
Fax: 0211 – 35 59 00 - 20
E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de

Folgen des Widerrufs:

Üben Sie das Widerrufsrecht rechtswirksam aus, so sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erfüllen.

14 Angaben zur Laufzeit des Vertrages

Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.

15 Angaben zur Beendigung des Vertrages

Sie können den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Die Kündigung ist erstmals zum Ende des zweiten Versicherungsjahres möglich. Der Vertrag endet mit Tod der versicherten Person.

16 Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt

Auf die vorvertraglichen Beziehungen findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.

17 Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung. Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- Düsseldorf als Sitz der vigo Krankenversicherung VVaG

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Düsseldorf. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

18 Sprache

Die gesamte Kommunikation – auch während der Vertragslaufzeit - zwischen der vigo Krankenversicherung VVaG und Ihnen erfolgt in deutscher Sprache.

19 Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Wir sind stets bemüht das Vertragsverhältnis zu Ihrer Zufriedenheit abzuwickeln. Sollte es dennoch einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, so steht Ihnen das (außergerichtliche) Beschwerdeverfahren über den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung offen:

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222
10052 Berlin

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern.

Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt davon unberührt.

20 Aufsichtsbehörde

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

An diese Aufsichtsbehörde können Sie Beschwerden richten.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der Daten verarbeitenden Stelle erforderlich ist und schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden.

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Die Einwilligung zur Datenübermittlung gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Beide Klauseln sind allen Versicherungsgesellschaften vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen nach sorgfältiger Prüfung der Interessen der Versicherungsnehmer und nach Abstimmung mit den Datenschutzaufsichtsbehörden der Länder genehmigt worden. Die Versicherer verwenden – soweit nicht Besonderheiten einzelner Versicherungssparten Abweichungen erfordern – gleichlautende Texte. Das dient der Klarheit und Übersichtlichkeit. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt Diagnosen.

2. Datenvermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadensbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben, soweit der Versicherer nach diesen explizit in Textform gefragt hat. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (§§ 78, 86 Versicherungsvertragsgesetz sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, wie Schadenshöhe und Schadenstag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei der Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu werden bei einigen Fachverbänden zentrale Datensammlungen geführt bzw. bestehen zentrale Hinweissysteme.

Solche Datensammlungen bzw. Hinweissysteme gibt es beim Verband der Privaten Krankenversicherung. Die Aufnahme in diese Datensammlungen/Hinweissysteme erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit der jeweiligen Datei verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

5. Datenverarbeitung in der Versicherungsgruppe

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn sie Versicherungsverträge mit verschiedenen Gesellschaften der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Gesellschaften verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheitsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der Gesellschaft.

Unser Krankenversicherungsverein gehört keiner Versicherungsgruppe an, ein Datenaustausch unterbleibt also insoweit.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf Auskunft, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an ihren Versicherer.

vigo Krankenversicherung VVaG

Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf
Telefon 0211 355900-0, Telefax 0211 355900-20

E-Mail: service@vigo-krankenversicherung.de
Internet: www.vigo-krankenversicherung.de

Registergericht: Amtsgericht Düsseldorf, HRB 21160

Auflage: KI 2012.001