



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung - Tarif PAS (KV996_201810)

Teil II Leistungsregelungen für die Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PAS

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Bestimmungen für die Pflegezusatzversicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 6	Planmäßige Erhöhung des Pflegetagegelds und des Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung
§ 2	Geltungsbereich	§ 7	Option auf Erhöhung des versicherten Pflegetagegelds
§ 3	Versicherungsleistungen	§ 8	Option auf Tarifumstellung für künftige Pflegereformen
§ 4	Erweiterung der Leistungspflicht und Einschränkung von Obliegenheiten	§ 9	Monatsbeiträge
§ 5	Nachweis der Pflegebedürftigkeit		Anhang

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Sie können die Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PAS nur für Personen abschließen, deren ständiger Wohnsitz sich in Deutschland befindet. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, endet die Versicherung nach Tarif PAS abweichend zu § 15 Abs. 3 Teil I AVB nicht. Einen Beitragszuschlag erheben wir in diesen Fällen nicht.

§ 2 Geltungsbereich

Abweichend von § 1 Abs. 5 und § 6 Buchstabe e Teil I AVB haben Sie weltweit Versicherungsschutz.

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Pflegetagegeld

Als Pflegetagegeld können nur ganze Eurobeträge vereinbart werden. Es muss mindestens 5 EUR betragen.

Sie erhalten von uns das vereinbarte Pflegetagegeld, wenn für die versicherte Person Pflegebedürftigkeit nach § 5 nachgewiesen wird.

a) Pflegetagegeld bei ambulanter oder teilstationärer Pflege

Für die Dauer einer ambulanten oder teilstationären Pflege der versicherten Person leisten wir abhängig vom festgestellten Pflegegrad

- bei Pflegebedürftigkeit des Grades 1 10 %
- bei Pflegebedürftigkeit des Grades 2 30 %
- bei Pflegebedürftigkeit des Grades 3 60 %
- bei Pflegebedürftigkeit des Grades 4 80 %
- bei Pflegebedürftigkeit des Grades 5 100 %

des versicherten Pflegetagegelds.

Ambulante Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person zu Hause entweder durch erwerbsmäßig tätige Pflegefachkräfte oder durch andere Pflegepersonen (z. B. Familienangehörige, Freunde, sonstige ehrenamtliche Helfer) gepflegt wird.

Teilstationäre Pflege liegt vor, wenn sich die versicherte Person tagsüber oder nachts in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) der Tages- oder Nachtpflege befindet.

Ändert sich der Grad der Pflegebedürftigkeit, ist ab dem Zeitpunkt der Feststellung dieser Änderung der neu festgestellte Pflegegrad maßgebend für die Bestimmung der Höhe des zu zahlenden Pflegetagegelds.

b) Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege

Für die Dauer einer vollstationären Pflege der versicherten Person leisten wir abhängig vom festgestellten Pflegegrad

- bei Pflegebedürftigkeit des Grades 1 10 %
- bei Pflegebedürftigkeit ab Grad 2 100 %

des versicherten Pflegetagegelds.

Dies gilt auch, wenn die vollstationäre Pflege im Rahmen einer Kurzzeitpflege erfolgt.

Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn sich die versicherte Person ganztägig in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) befindet. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung

einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig untergebracht und gepflegt werden können.

Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen, in denen nicht die Betreuung pflegebedürftiger Menschen im Vordergrund steht, gelten nicht als Pflegeheim.

Ändert sich der Grad der Pflegebedürftigkeit, ist ab dem Zeitpunkt der Feststellung dieser Änderung der neu festgestellte Pflegegrad maßgebend für die Bestimmung der Höhe des zu zahlenden Pflegetagegelds.

(2) Einmalzahlung bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit

a) Die versicherte Person hat das 21. Lebensjahr vollendet

Wird bei der versicherten Person erstmalig mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 festgestellt, erhalten Sie von uns eine Einmalzahlung in Höhe des 100-Fachen des versicherten Pflegetagegelds. Wurde die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person durch einen Unfall verursacht, erhöhen wir die Einmalzahlung auf das 200-Fache des versicherten Pflegetagegelds.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzliches von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Nicht als Unfälle gelten Schlaganfälle und durch Krankheitszustände verursachte Körperverletzungen sowie Verletzungen durch Operationen, die nicht durch einen Unfall notwendig geworden sind.

b) Die versicherte Person hat das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet

Hat die versicherte Person bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet und wird bei ihr erstmalig mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 festgestellt, erhalten Sie von uns eine Einmalzahlung in Höhe des 300-Fachen des versicherten Pflegetagegelds.

Eine zusätzliche Erhöhung der Einmalzahlung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls erfolgt in diesem Fall nicht.

(3) Beitragsfreistellung

Ist die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 5, müssen Sie keinen Beitrag mehr zahlen.

(4) Assistance-Leistungen in Kooperation mit unserem Assistenten

Sie bzw. die versicherte Person können folgende Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen, wenn für die versicherte Person Pflegebedürftigkeit vorliegt oder durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Daher besteht Anspruch auf die Assistance-Leistungen bereits für die Dauer des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Der Anspruch endet, wenn das Verfahren ohne Festsetzung eines Pflegegrads endet oder ein festgesetzter Pflegegrad entfällt.

a) Telefonische Pflegeberatung

• Bedarfsanalyse (telefonisches Erstgespräch)

Unser Assistent führt mit Ihnen, der versicherten Person oder den pflegenden Personen - und bei Bedarf in Abstimmung mit behandelnden Ärzten - ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der konkreten Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit, um die erforderlichen Maßnahmen zu planen.

• Pflege-Hotline (telefonische Beratung)

Für Sie, die versicherte Person oder die pflegenden Personen bietet unser Assistent innerhalb seiner Geschäftszeiten eine telefonische Beratung (z. B. zu den Leistungen der Pflegepflichtversicherung) rund um das Thema Pflege an (Pflege-Hotline).



- **Vorsorge: Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht**
Unser Assistent berät, informiert und übersendet Formulare zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht an die versicherte Person. Diese Leistung ersetzt aber nicht die medizinische Beratung durch einen Hausarzt oder ggf. erforderliche juristische Beratung durch einen Rechtsanwalt.
- **Telefonische Beratung zur Demenz**
Unser Assistent unterstützt die pflegenden Personen von Menschen mit Demenz mit Rat und Tat, auch präventiv, durch telefonische Beratung und Informationen über die Krankheit sowie besondere Pflegehinweise.
- b) Vermittlung kostenpflichtiger Leistungen und Dienste**
Folgende Leistungen und Dienste werden vermittelt. Wir übernehmen jedoch nicht die Kosten für die vermittelten Dienstleistungen.
 - **Pflegeberatung vor Ort**
Persönliche Beratung rund um die Pflege auch vor Ort. Beratungsthemen (Beispiele): Feststellung der Pflegeprobleme, der Ressourcen des Pflegebedürftigen, Planung der Pflegeeinsätze, Prüfung erforderlicher Pflegehilfsmittel. Dabei wird auch zu eventuellen Leistungsansprüchen aus der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) informiert und bedarfsgerecht beraten.
 - **Grundpflege**
Unser Assistent vermittelt der versicherten Person eine Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege inkl. Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Zubereitung und Hilfe bei üblichen Mahlzeiten.
 - **Pflegehilfsmittel**
Unser Assistent vermittelt der versicherten Person Spezialanbieter für Pflegehilfsmittel (z. B. Rollatoren etc.). Auf besonderen Wunsch werden alle Hilfsmittel auf eigene Kosten zur Lieferadresse angeliefert.
 - **24/7 - Pflegenotruf**
Gleichzeitig mit Erbringung der Grundpflege kann ein Pflegenotruf eingerichtet werden, sofern örtlich möglich. Hiermit kann im Notfall eine Pflegekraft zur Hilfeleistung alarmiert werden.
 - **Pflegemediation**
Unser Assistent unterstützt die versicherte Person oder ihre Angehörigen bei (bevorstehenden) Konfliktsituationen anlässlich eines familiären Pflegefalls. Hierbei erarbeiten die Konfliktparteien mithilfe des Mediators eine tragfähige Lösung zur künftigen Bewältigung der häuslichen Pflegesituation.
 - **Pflegeplatzgarantie**
Unser Assistent garantiert die Vermittlung eines Pflegeheimplatzes innerhalb von 24 Stunden in Deutschland. Sollte dieser Pflegeplatz nicht den Wünschen der versicherten Person entsprechen, unterstützt unser Assistent bei der Suche nach einem neuen Pflegeheim im wohnortnahen Umkreis. Die 24-Stunden-Frist gilt nur bei Vermittlung an Werktagen (Montag bis Freitag) und nur für nicht suizidgefährdete Erwachsene. Zusätzlich vermittelt unser Assistent der versicherten Person den erforderlichen ggf. kostenpflichtigen Transport.
 - **Pflegeschulung für Angehörige**
Auf Wunsch vermittelt Ihnen unser Assistent auch professionelle Pflegeschulungen für pflegende Angehörige.
 - **Umbau von Wohnung/Kraftfahrzeug**
Unser Assistent vermittelt Ihnen auf Wunsch Beratungsleistungen zum Umbau der Wohnung und des Kraftfahrzeugs.
 - **Vermittlung/Benennung von Alltagshelfern**
Unser Assistent vermittelt/benimmt im Pflegefall der versicherten Person auch nützliche Helfer, wie z. B. Begleiter bei Arzt-/Behörden-gängen, Fahrdienste, Einkaufshilfe, Garten-/Grundstücksdienste, Haustierbetreuung, Wohn- und Wäschereinigung, Menüservice und Umzugsservice.
 - **Wohnraumberatung**
Unser Assistent organisiert für die versicherte Person eine Wohnraumberatung und Wohnraumbegleitung zum "barrierefreien Wohnen". Ziel dieser Fachberatung ist z. B. die Beseitigung von Stolperfallen und die Übermittlung von Handlungsvorschlägen.
 - **Wohnraumtechnologie Deluxe**
Unser Assistent vermittelt modernste technologische Hilfsmittel ("Smart Home") zur Vereinfachung der täglichen Pflegesituation für die Wohnung bzw. das Haus der versicherten Person.
- c) Service-Telefonnummer**
Für eine telefonische Beratung bei Fragen zum Thema Pflege wird rund um die Uhr eine Service-Telefonnummer bereitgestellt.

§ 4 Erweiterung der Leistungspflicht und Einschränkung von Obliegenheiten

Die grundlegenden Rahmenbedingungen für eine Pflegetagegeldversicherung sind in Teil I AVB geregelt. In folgenden Punkten weichen wir in Tarif PAS zu Ihren Gunsten von diesen Regelungen ab:

- a) Abweichend von § 2 Abs. 2 Teil I AVB verzichten wir bei Mitversicherung eines Neugeborenen auf Ihre Mindestversicherungsdauer von 3 Monaten, sofern Ihr Versicherungsvertrag innerhalb der ersten 20 Schwangerschaftswochen beantragt wurde.
- b) Abweichend von § 6 Buchstabe d Teil I AVB erbringen wir die in § 3 aufgeführten Versicherungsleistungen auch, wenn die Pflegebedürftigkeit auf Sucht beruht.
- c) Abweichend von § 6 Buchstabe f Teil I AVB unterbrechen eine vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen unsere Leistungspflicht nicht. Die Anzeigepflicht einer solchen Behandlung nach § 10 Abs. 2 Teil I AVB entfällt.
- d) Abweichend von § 7 Abs. 1 Teil I AVB erbringen wir die in § 3 aufgeführten Versicherungsleistungen auch für Zeiträume vor Stellung des Antrags auf Leistungen aus der Pflegetagegeldversicherung, soweit Sie die Pflegebedürftigkeit nachweisen. Eine Frist zur Anzeige der Pflegebedürftigkeit besteht nicht.
- e) Abweichend von § 10 Abs. 4 Teil I AVB entfällt die Obliegenheit (= Verpflichtung) für die versicherte Person, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- f) Abweichend von § 10 Abs. 6 Teil I AVB entfällt die Obliegenheit, uns den Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit mitzuteilen. Unsere Einwilligung ist nicht notwendig.

§ 5 Nachweis der Pflegebedürftigkeit

(1) Nachweis der Pflegebedürftigkeit für versicherte Personen mit Leistungsanspruch in der SPV oder PPV

Für Personen, die in der SPV oder PPV versichert sind, weisen Sie die Pflegebedürftigkeit nach, indem Sie uns die entsprechende Bescheinigung der SPV oder PPV zusenden (siehe § 7 Abs. 2 Teil I der AVB). Diese muss

- die Einordnung in den jeweiligen Pflegegrad,
 - die Pflegeart (ambulant, teilstationär oder stationär),
 - die Angabe des Befundes und der Diagnose sowie
 - die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit
- enthalten.

(2) Nachweis der Pflegebedürftigkeit für versicherte Personen ohne Leistungsanspruch in der SPV oder PPV

Ruht der Leistungsanspruch der versicherten Person in der SPV oder PPV nach § 34 Abs. Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder besteht in der SPV oder PPV kein Versicherungsschutz, muss die Pflegebedürftigkeit durch ein Gutachten nachgewiesen werden. Sie können verlangen, dass wir einen Gutachter beauftragen, die versicherte Person am Aufenthaltsort zu untersuchen und den Pflegegrad nach § 1a Teil I AVB zu ermitteln.

In diesem Fall tragen wir die durch die Beauftragung des Gutachters entstehenden Kosten bis zur Höhe, die bei einer Begutachtung durch die SPV oder PPV in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wäre. Mögliche bei einem Auslandsaufenthalt entstehende Mehrkosten müssen Sie tragen.

§ 6 Planmäßige Erhöhung des Pflegetagegelds und des Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung

Wir erhöhen für Sie das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung alle 3 Jahre um 10 %, vorausgesetzt, dass bis zu diesem Zeitpunkt

- der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegetagegelds nicht geändert hat und
- das versicherte Pflegetagegeld 150,00 EUR nicht überschreitet. Diese Höchstgrenze steigt im 3-Jahres-Abstand, erstmalig am 1. Januar 2022, um jeweils 10,00 EUR.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten Pflegetagegeldsatz und wird auf ganze Euro gerundet.

Wir informieren Sie über die Erhöhung des Pflegetagegelds und des daraus resultierenden Mehrbeitrags spätestens einen Monat bevor die Erhöhung wirksam wird. Vereinbarte Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend. Sie können der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden widersprechen.

Widersprechen Sie 3 aufeinanderfolgenden Erhöhungen des Pflegetagegelds für eine versicherte Person, erlischt für diese Person der Anspruch auf künftige Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Haben Sie bereits 2-mal hintereinander widersprochen, weisen wir Sie im Rahmen der folgenden Erhöhung noch einmal auf die Konsequenzen eines 3. Widerspruchs hin.



§ 7 Option auf Erhöhung des versicherten Pflegegelds

Solange Sie weder pflegebedürftig sind noch Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit für Sie beantragt wurden, haben Sie das Recht, das versicherte Pflegegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von 6 Monaten nach

- Ihrer Eheschließung
- Ihrer Scheidung
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Tod Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin
- Tod eines Kindes
- erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit Ihres Ehepartners/Ihrer Ehepartnerin oder eines Kindes

um jeweils maximal 30 % zu erhöhen. Vereinbarte Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend. Das versicherte Pflegegeld darf jedoch 150,00 EUR nicht überschreiten. Diese Höchstgrenze steigt im 3-Jahres-Abstand, erstmalig am 1. Januar 2022, um jeweils 10,00 EUR. Die Erhöhung wird gültig zum Ersten des auf die Beantragung folgenden Monats.

§ 8 Option auf Tarifumstellung bei künftigen Pflegereformen

Aufgrund einer Pflegereform können sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen ändern. Wenn wir einen Pflegegeldtarif anbieten, der die

neue Gesetzeslage berücksichtigt, haben Sie das Recht, den bestehenden Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung auf einen neuen Tarif mit vergleichbarem Leistungsumfang umstellen zu lassen.

§ 9 Monatsbeiträge

Die Beiträge Ihrer Pflegegeldversicherung nach Tarif PAS sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeiträge.

(1) Beiträge für Kinder

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Beitrag für Jugendliche zu zahlen.

(2) Beiträge für Jugendliche

Die Beiträge für Jugendliche gelten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Beitrag für einen Erwachsenen mit einem Eintrittsalter von 21 Jahren zu zahlen.

(3) Erwachsene

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 nach § 9 a Teil I AVB Rechnung getragen. Eine Erhöhung der Beiträge wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen.



ANHANG

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

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,

2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.