

Tarif Pflege PLUS (PG PLUS) Pflegeergänzung Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif) Teil III Tarife

Pflegeergänzung

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife), bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017),

Teil II – Tarifbedingungen (TB/EPV) und den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für den Tarif Pflege PLUS.

Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die über eine deutsche Pflegepflichtversicherung verfügen. Erlischt die Pflegepflichtversicherung, kann eine bereits bestehende Versicherung nach Tarif Pflege PLUS weitergeführt werden.

Versicherungsleistungen

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen:

Assistance-Leistungen

Erstattungsfähig sind Assistance-Leistungen, sofern die in Ziffer 2 genannten Leistungsvoraussetzungen erfüllt werden. Ein Anspruch auf die Übernahme der für die vermittelten Leistungen bzw. organisierten Dienste anfallenden Kosten besteht nur für die unter den Ziffern 4 und 5 genannten Dienstleistungen und nur in dem dort genannten Rahmen.

1. Was ist versichert?

- 1.1 In Ergänzung zu § 1 Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017) erbringen wir in den in Ziffer 2 – „Leistungsvoraussetzung“ – definierten Fällen Hilfe- und Assistance-Leistungen im nachfolgend beschriebenen Umfang durch einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister. Dieser erbringt entweder die Leistungen selbst oder lässt diese durch von ihm beauftragte Dritte erbringen (z. B. anerkannte Hilfsorganisationen, lokale Pflegedienste, Rehabilitationsdienste).
- 1.2 Die Leistungen werden ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
- 1.3 Erbrachte Hilfe- und Assistance-Leistungen begründen keinen Anspruch auf Leistungen aus ggf. bestehenden anderen Pflegetagegeldtarifen. Diese unterliegen einer gesonderten Leistungsprüfung durch uns.

2. Leistungsvoraussetzung für die in Ziffer 5 aufgeführten Pflege-Assistance-Leistungen

- 2.1 Sie sind durch eine ärztlich vermutete Pflegebedürftigkeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit oder seelischen Krankheit oder Behinderung derart beeinträchtigt, dass Sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, im Sinne der nachstehenden Leistungsaufstellung Unterstützung benötigen (Pflegebedürftigkeit).
- 2.2 Zusätzlich zu den in Ziffer 2.1 durch einen Arzt festgestellten Umständen haben Sie oder eine von Ihnen bevollmächtigte Person einen Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad bei der für Sie zuständigen Versorgungseinrichtung gestellt.

2.3 Zusätzlich zu den in Ziffer 2.1 und 2.2 beschriebenen Voraussetzungen haben Sie die Pflegebedürftigkeit bei uns geltend gemacht. Kein Leistungsanspruch besteht, wenn Sie den Dienstleister für Leistungen nach den Ziffern 4 und 5 selbst ausgewählt haben bzw. sich die Leistungen selbst beschaffen/organisieren.

2.4 Die Hilfe- und Assistance-Leistungen werden eingestellt, sobald sich im Rahmen der Prüfung herausstellt, dass die Voraussetzungen für eine pflegebedingte Hilfebedürftigkeit nicht vorliegen oder wegen anderer Ursachen kein Versicherungsschutz zu gewähren gewesen wäre. Wir behalten uns vor, Kosten für unberechtigt erhaltene Leistungen zurück zu verlangen.

2.5 In Ergänzung zu § 9 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017) sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen, die für die Erbringung der Leistungen gemäß Ziffern 4 und 5 notwendig werden, uns oder dem von uns beauftragten Vertragspartner gegenüber abzugeben.

3. Umfang und Dauer der Leistungen

- 3.1 Umfang, Dauer und Häufigkeit des Leistungsanspruchs ergeben sich aus den jeweiligen Bestimmungen zu den einzelnen Hilfe- und Assistance-Leistungen.
- 3.2 Die Kostenerstattung für die Leistungen gemäß Ziffer 5 ist auf 7.500 Euro je Versicherungsfall begrenzt.
- 3.3 Die Hilfe- und Assistance-Leistungen gemäß Ziffer 5 werden für eine Dauer von maximal acht Wochen ab Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen gemäß Ziffern 2.1, 2.2 und 2.3 erbracht, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist.
- 3.4 Werden Kosten für versicherte Leistungen von Dritten ersetzt oder besteht ein Anspruch hierauf, können Sie Leistungen aus diesem Vertrag nur wegen der restlichen Ansprüche geltend machen. Bereits laufende Hilfeleistungen enden zum Zeitpunkt der Anerkennung durch den jeweiligen Kostenträger.
- 3.5 Bestehen für die versicherte Person bei den Gesellschaften der Concordia Versicherungen mehrere Pflegeversicherungen, können Hilfe- und Pflegeleistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.

4. Informations- und Beratungsleistungen

- 4.1 Allgemeine Gesundheitsberatung
Wir informieren Sie bei allgemeinen Fragen rund um das Thema Medizin, insbesondere zu Diagnostik und Therapie. Auf Wunsch benennen wir Ihnen die entsprechenden medizinischen Dienstleister z. B. Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten etc.
- 4.2 Beratung zur Pflegeversicherung
Wir informieren und beraten Sie rund um das Thema Pflegeversicherung. Hierzu gehören z. B.
 - allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung
 - Beratung und Begleitung bei Pflegeeinstufungen
 - Beratung zum Besuch des medizinischen Dienstes
 - Hilfe beim Widerspruchsverfahren
 - Beratung zur Beantragung sonstiger sozialer Leistungen

4.3 Beratung zur Pflege eines Angehörigen
Wir informieren und beraten Sie zur Pflege eines Angehörigen. Auf Wunsch benennen wir Ihnen Dienstleister zur Pflege und zu haushaltsnahen Dienstleistungen.

4.4 Beratung Kurzzeitpflege
Wir informieren und beraten Sie zum Thema Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Auf Wunsch benennen wir Ihnen entsprechende Dienstleister.

4.5 Beratung zur stationären Pflege
Wir informieren und beraten Sie zur stationären Pflege. Auf Wunsch benennen wir Ihnen entsprechende Einrichtungen.

4.6 Umbau-Beratung
Wir organisieren für Sie eine einmalige Beratung zum Umbau von Wohnung oder Haus sowie des Fahrzeugs. Die Kosten des Umbaus werden nicht übernommen.

4.7 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln
Wir vermitteln Ihnen die erforderlichen Pflegehilfsmittel, wie z. B. Gehhilfen oder Rollstuhl. Wir übernehmen keine Kosten für die Pflegehilfsmittel.

5. Pflege-Assistance

5.1 Erstgespräch
Wir stellen in einem telefonischen Erstgespräch mit Ihnen, Ihren Angehörigen und - soweit erforderlich - in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt Ihren individuellen Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfeldes fest.

5.2 Allgemeine Organisationsleistungen
Wir beauftragen und koordinieren alle Hilfe- und Pflegeleistungen entsprechend der versicherten Leistungen, überprüfen deren Ausführung und Anpassungsbedarf im Verlauf des Leistungsfalls und stimmen uns hierbei mit Ihnen oder Ihren, Sie betreuenden Angehörigen ab.

5.3 Pflegeberatung
Beim ersten Besuch des Dienstleisters erfolgt vor Ort eine Überprüfung Ihres Bedarfs an Hilfeleistungen. Bei Bedarf erfolgt eine Beratung zu Pflegehilfsmitteln.

5.4 Pflegeschulung für Angehörige
Wir organisieren auf Wunsch für Ihre pflegenden Angehörigen eine einmalige Schulung durch eine Fachkraft für die Aufgaben der täglichen Pflege. Die Kosten werden bis maximal 150 Euro je Versicherungsfall übernommen.

5.5 Menüservice
Wir organisieren für Sie täglich eine warme Hauptmahlzeit. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert. Auf Wunsch organisieren wir dies auch für Ihren Ehepartner oder den/die in Ihrer häuslichen Gemeinschaft wohnende/-n Lebensgefährten/-gefährtin und die in Ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder.

5.6 Fahrdienst
Wir organisieren für Sie bis zu zweimal in der Woche einen Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien.

5.7 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen
Wir organisieren für Sie bis zu zweimal in der Woche einen Begleitservice zu Behördengängen und Arztbesuchen, sofern Ihr persönliches Erscheinen notwendig und eine Begleitung medizinisch erforderlich ist.

5.8 Wohnungsreinigung
Wir organisieren für Sie einmal in der Woche eine Reinigung Ihrer Wohnung oder Ihres Hauses. Die Reinigung ist beschränkt auf den Wohnbereich (z. B. Wohnraum, Küche, Schlafraum, Bad) der versicherten Person und erfolgt im üblichen Umfang, maximal jedoch 4 Stunden. Voraussetzung dafür ist, dass die Wohnung oder das Haus vor Eintritt des Pflegefalls in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

5.9 Besorgungen und Einkäufe
Wir organisieren für Sie einmal in der Woche einen Einkaufsservice. Bei Bedarf werden Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B.

Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel sowie ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen.

5.10 Wäscheservice
Wir organisieren für Sie einmal in der Woche einen Wäscheservice. Bei Bedarf wird Ihre Kleidung und Wäsche gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen, sowie die Schuhpflege.

5.11 Kinderbetreuung
Wir organisieren für Sie die Betreuung Ihrer in Ihrem Haushalt lebenden Kinder unter 16 Jahren, wenn Sie aufgrund Ihrer Pflegebedürftigkeit hierzu nicht in der Lage sind. Diese Leistung erbringen wir so lange, bis die Betreuung anderweitig übernommen werden kann, z. B. durch Verwandte. Die Kosten für die Betreuung der Kinder werden im Rahmen der allgemeinen Leistungsgrenzen nach Ziffer 3.3 übernommen.

5.12 Haustierbetreuung
Wir organisieren für Sie die Betreuung Ihrer Haustiere, sofern es sich um gewöhnliche Haustiere wie z. B. Hunde, Katzen, Vögel, Fische etc. handelt und nicht um exotische Tiere, für deren Haltung eine behördliche Genehmigung notwendig ist. Die Kosten werden bis maximal 150 Euro je Versicherungsfall übernommen.

5.13 Pflegeheimplatzgarantie
Wir vermitteln und organisieren einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Voraussetzung ist, dass eine häusliche bzw. teilstationäre Pflege im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung bzw. privaten Pflegepflichtversicherung nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Wir garantieren die Unterbringung der versicherten Person in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützen wir Sie bei der Suche und organisieren einen langfristig gewünschten oder geeigneten vollstationären Pflegeheimplatz.

5.14 Installation Hausnotruf
Bei Bedarf wird die versicherte Person mit einer Hausnotrufanlage versorgt, über die eine Pflegenotrufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

5.15 Grundpflege
Die versicherte Person erhält bei Bedarf bis zu dreimal täglich für bis zu zwei Stunden eine umfassende Grundpflege. Diese umfasst die Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschung, An- und Auskleiden, Lagerung im Bett, Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen, Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Nachversicherungsoptionen bei bestehenden Pflegetagegeldtarifen der Concordia Krankenversicherungs-AG

1. Was ist versichert?

Sie haben die Möglichkeit, einen Antrag auf Erhöhung des vereinbarten Pflegetagegeldes für bei der Concordia Krankenversicherungs-AG bestehenden Pflegetagegeldtarifen zu folgenden Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten zu stellen:

- bei erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung oder des Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule durch die versicherte Person, wenn der Abschluss bzw. das Studium in Deutschland anerkannt wird,
- bei Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person,
- bei Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person,
- bei Geburt oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- bei Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes der versicherten Person,
- bei Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person,

- bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Ehepartners der versicherten Person oder ihres eingetragenen Lebenspartners gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG),
- bei Neubau/(Mit)Kauf einer Immobilie durch die versicherte Person, die diese nach dem Kauf selbst bewohnt sowie
- bei erstmaligem Bezug einer Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. aus berufsständischen Versorgungswerken bzw. bei erstmaligem Bezug eines Altersruhegehaltes (Pension) durch die versicherte Person.

2. Leistungsvoraussetzung

Die Pflegetagegeldtarife befinden sich in laufender Beitragszahlung, d. h. die Tarife befinden sich nicht in Beitragsverzug und die versicherte Person ist von Ihrer Beitragszahlungspflicht nicht befreit.

Die Erhöhung ist jeweils auf maximal 20 % (aufgerundet auf die nächste 5-Euro-Stufe) des zum Zeitpunkt der Antragstellung vereinbarten Pflegetagegeldes begrenzt. Durch die Erhöhung dürfen die in den Annahmerichtlinien festgelegten Höchstsätze nicht überschritten werden.

Der Antrag auf Erhöhung des Pflegetagegeldes muss spätestens 6 Monate nach Eintritt des Ereignisses unter Beifügung eines geeigneten Nachweises über den Eintritt des Ereignisses beim Versicherer in Textform eingegangen sein.

Die Erhöhung wird zum Ersten des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

Die Nachversicherungsoptionen werden im Vertrauen darauf gewährt, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht ordnungsgemäß erfüllt wurde. Unser Recht auf Rücktritt oder Anfechtung erstreckt sich auch auf jede einzelne Nachversicherung.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Eintrittsalter der versicherten Person. Eventuell vereinbarte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gelten auch für das hinzukommende Pflegetagegeld.

Eine Erhöhung ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung

- pflegebedürftig ist,
- einen Antrag auf Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit bei der Pflegepflichtversicherung gestellt hat oder
- das 70. Lebensjahr bereits vollendet hat.

Eine Erhöhung ist ebenfalls ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in den letzten zehn Jahren vor Stellung des Erhöhungsantrags pflegebedürftig war bzw. innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Erhöhungsantrags während der Versicherungsdauer deshalb Leistungen beantragt bzw. erhalten hat.

Tarif PG

Pflegetagegeld für die Pflegegrade 2, 3, 4 und 5

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

Teil II Tarife

Pflegetagegeld

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (MB/EPV 2017) für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife).

Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die über eine deutsche Pflegepflichtversicherung verfügen. Erlischt die Pflegepflichtversicherung, kann eine bereits bestehende Versicherung nach Tarif PG weitergeführt werden.

Versicherungsleistungen

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen:

1. Pflegetagegeld

Für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit wird ohne Kostennachweis ein Pflegetagegeld in Abhängigkeit des Pflegegrades sowie der Art der Pflege gezahlt.

Das Pflegetagegeld beträgt bei Pflegebedürftigkeit nach

		ambulant	stationär
Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	0 %	0 %
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	20 %	100 %
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	40 %	100 %
Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	80 %	100 %
Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	100 %	100 %

des vereinbarten Tagessatzes.

Das Pflegetagegeld wird auch dann in tariflicher Höhe gezahlt, wenn die Pflege nicht von Pflegefachkräften, sondern von Pflegepersonen, z. B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer, übernommen wird.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades richten wir uns ausschließlich nach dem Inhalt des Gutachtens des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof sowie des Pflegebescheids der zuständigen Pflegekasse.

Kann die Pflegebedürftigkeit nicht durch die Pflegekasse festgestellt werden, weil die versicherte Person z. B. nicht mehr Mitglied der deutschen sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung ist oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, erfolgt die Feststellung durch einen von uns beauftragten Gutachter. Erstattet werden nur die Kosten, die auch durch eine

Begutachtung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten für die Begutachtung durch den beauftragten Gutachter im Ausland sind durch die versicherte Person zu tragen.

Sollte es nicht möglich sein, eine erstmalige Feststellung oder Folgefeststellung der Pflegebedürftigkeit im Ausland durchzuführen und hieraus ein Pflegegutachten zu erstellen, das den deutschen Qualitäts- und sozialrechtlichen Anforderungen an ein Pflegegutachten gerecht wird, können wir verlangen, dass die Begutachtung in Deutschland durchgeführt wird. Die hierdurch entstehenden Untersuchungskosten werden von uns erstattet, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

Änderungen der Leistungsvoraussetzungen, z. B. des Pflegegrades oder der Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege oder andersherum, sind dem Versicherer unverzüglich, ohne schuldhaftes Verzögern, anzuzeigen. Die entsprechenden Leistungen des Versicherers ändern sich zum Ersten des Monats, zu dem die Änderungen der Leistungsvoraussetzungen wirksam werden. Wir verweisen in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die §§ 9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (MB/EPV 2017).

2. Sonderzahlung

Bei einer während der Vertragslaufzeit erstmalig festgestellten bedingungsgemäßen Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher, wird einmalig eine Sonderzahlung in Höhe des 50fachen Pflegetagegeldes des Pflegegrades 5 ohne Kostennachweis gezahlt. Die Zahlung erfolgt unverzüglich, nachdem ein Antrag gestellt und die eingetretene Pflegebedürftigkeit durch geeignete Unterlagen nachgewiesen wurde.

3. Anpassung der Versicherungsleistungen und der Beiträge

Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld – unabhängig davon, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in Zeitabständen von 5 Jahren. Bei der Erhöhung des Pflegetagegeldes wird die Steigerung des Lebenshaltungskostenindex des Statistischen Bundesamtes zu Grunde gelegt. Die Erhöhung wird dabei auf 5 Euro kaufmännisch gerundet. Bei einer eventuellen Reduzierung des Lebenshaltungskostenindex erfolgt jedoch keine Verringerung der Versicherungsleistung.

Mit der Erhöhung der Versicherungsleistung geht eine Erhöhung des Beitrags einher. Die Erhöhung des Beitrags erfolgt im selben Verhältnis wie die Erhöhung der Versicherungsleistung. Eventuell vereinbarte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse gelten auch für das hinzukommende Pflegetagegeld.

Der Versicherungsnehmer erhält über die Erhöhung einen erneuten Versicherungsschein. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des Monats in Textform widerspricht, zu dem die Änderung wirksam geworden wäre oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlt.

Ist die Erhöhung zwei Mal hintereinander entfallen, erlischt das Recht des Versicherungsnehmers auf eine weitere Erhöhung. Es kann jedoch mit unserer Zustimmung – nach erneuter Gesundheitsprüfung – neu begründet werden.

4. Beitragsbefreiung im Leistungsfall

Bei einer durch uns anerkannten Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher gewähren wir volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Pflegetagegeldversicherung nach diesem Tarif.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht nach Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 2 festgestellt wird, jedoch nicht vor Beginn der tariflichen Leistungspflicht.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt, wenn der Pflegegrad unter 2 sinkt. Die Beitragsbefreiung endet in diesem Fall zum Ende des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit mindestens im Pflegegrad 2 mehr besteht.

Sie sind verpflichtet, uns die Änderungen des Pflegegrades unverzüglich anzuzeigen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die §§ 9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (MB/EPV 2017).

In Ergänzung zu § 1 Abs. 5 MB/EPV 2017 sowie § 15 Abs. 3 MB/EPV 2017 gilt:

Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit, so dass wir unsere Leistungen unabhängig davon erbringen, wo die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat oder Pflegeleistungen in Anspruch nimmt.

In Ergänzung zu § 2 Abs. 2 MB/EPV 2017 gilt:

Mitversicherung Neugeborener

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

In Ergänzung zu § 3 Abs. 1 - 3 MB/EPV 2017 gilt:

Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung einer Wartezeit. Dies gilt auch bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

In Ergänzung zu § 5 Abs. 1b MB/EPV 2017 gilt:

Sucht

Versicherungsschutz besteht auch für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen.

In Ergänzung zu § 5 Abs. 1c MB/EPV 2017 gilt:

Auslandsaufenthalte

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Deshalb verzichtet der Versicherer auf die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Abs. 1c MB/EPV 2017.

In Ergänzung zu § 6 Abs. 1 MB/EPV 2017 gilt:

Beginn und Bemessung der Leistung

Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab dem Zeitpunkt erbracht, zu dem die Anspruchsvoraussetzungen der deutschen Pflegepflichtversicherung vorliegen bzw. zu dem der von uns beauftragte Gutachter die Pflegebedürftigkeit festgestellt hat, also rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles.

Eine vom Versicherer festgelegte Frist für die Anzeige des Versicherungsfalles existiert nicht.

In Ergänzung zu § 9 Abs. 1 MB/EPV 2017 gilt:

Anzeige des Eintritts, der Minderung bzw. des Wegfalls der Pflegebedürftigkeit

Der Eintritt und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und 2) anzuzeigen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Medicproof und der Pflegebescheid Ihrer Pflegekasse. Ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades durch die Pflegekasse oder eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), durch Medicproof oder durch einen anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter nicht möglich, haben Sie uns die Übernahme der Mehrkosten für die Beauftragung eines durch uns beauftragten Gutachters in Textform zu erklären, bevor wir den Gutachter beauftragen.

Sollte es nicht möglich sein, eine erstmalige Feststellung oder Folgefeststellung der Pflegebedürftigkeit im Ausland durchzuführen und hieraus ein Pflegegutachten zu erstellen, das den deutschen Qualitäts- und sozialrechtlichen Anforderungen an ein Pflegegutachten gerecht wird, können wir verlangen, dass die Begutachtung in Deutschland durchgeführt wird. Die hierdurch entstehenden Untersuchungskosten werden von uns erstattet, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

Eine vom Versicherer festgelegte Frist für die Anzeige des Versicherungsfalles existiert nicht.

Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sowie der Wechsel von der häuslichen in die stationäre Pflege oder andersherum sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

In Ergänzung zu § 10 Abs. 1 MB/EPV 2017 gilt:

Anzeige des Eintritts des Versicherungsfalles

Die Leistungen werden ab Beginn der festgestellten Pflegebedürftigkeit, also rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles erbracht, so dass keine vom Versicherer festgelegte Frist für die Anzeige des Versicherungsfalles existiert.

In Ergänzung zu § 15 MB/EPV 2017 gilt:

Scheidung bzw. Aufhebung einer Lebenspartnerschaft

Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Die Vertragstrennung erfolgt nach Mitteilung des entsprechenden Wunsches in Textform mit Wirkung des Ersten des Folgemonats. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

In Ergänzung zu § 18 Abs. 1 MB/EPV 2017 gilt:

Gesetzesänderungen

Bei Veränderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegetagegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig über die Einführung des neuen Tarifs informiert. Die Umstellung erfolgt bis zur Höhe des bisher versicherten Pflegetagegeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung.