

Tarif PG-C

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegeeinmalleistungsversicherung nach dem Tarif PG-C

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.01.2017

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pfl egetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pfl egetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im Ausland

In Erweiterung von den §§ 1 Abs. 12, 5 b sowie 15 Abs. 3 und 4 RB/PG 2017 gilt für den Versicherungsschutz im Ausland Folgendes:

– Vorübergehende Aufenthalte im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Außerhalb der vorgenannten Staaten besteht für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz nach diesem Tarif. Darüber hinaus besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz, wenn eine individuelle Vereinbarung getroffen wird. Sofern keine individuelle Vereinbarung getroffen wird, ruht die Leistungspflicht des Versicherers für die versicherte Person nach Ablauf der sechs Wochen während der Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes.

– Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht für die versicherte Person der Versicherungsvertrag sowie der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn eine individuelle Vereinbarung getroffen wird.

b) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 a RB/PG 2017 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 a RB/PG 2017.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die nach den Tarifen PG-E bzw. PG (Tarifstufen PG-K, PG-K-plus) der Continentale Krankenversicherung a.G. versichert sind.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
- Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
- Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Versicherungsumfang

Die Pflegeeinmalleistung ist in vollen Tausendeurobeträgen zu vereinbaren.

Die Höhe der vereinbarten Pflegeeinmalleistung ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarte Höhe der Pflegeeinmalleistung in Euro).

6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch die PPV oder SPV festgestellt, ist dies für die tarifliche Leistung maßgebend.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nicht durch die PPV oder SPV festgestellt, kann der Versicherungsnehmer die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter beantragen, wenn für die versicherte Person kein Leistungsanspruch aus der PPV oder SPV aufgrund

- eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland oder der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht (vgl. Nr. 1 a),
- von Wartezeiten besteht oder
- des Bezugs von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

Die Begutachtung zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 wird nach den Maßstäben des SGB XI im Wohnbereich der versicherten Person vorgenommen. Sie kann auch außerhalb des Wohnbereiches der versicherten Person durchgeführt werden, wenn die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich nicht möglich ist.

Die Kosten der Begutachtung, die zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

7. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif

- an dem Tag, ab dem für die versicherte Person die Leistungspflicht des Versicherers nach § 6 RB/PG 2017 besteht oder
- an dem Tag, an dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfällt. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt, wird die vereinbarte Pflegeeinmalleistung erbracht. Der vereinbarte Betrag der Pflegeeinmalleistung wird nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit gezahlt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarten Leistungen und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 9 a RB/PG 2017). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nachweis- und Informationspflichten

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

In Ergänzung zu Abschnitt A 6 a ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 der versicherten Person durch das Erstgutachten der PPV oder SPV dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, sind darüber hinaus keine Nachweise durch den Versicherungsnehmer zu erbringen.

D) Optionsrecht auf künftige Pflegeeinmalleistungstarife

Bei Veränderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen in der PPV oder SPV besteht für die versicherte Person das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in einen Pflegeeinmalleistungstarif zu wechseln, den der Versicherer aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeführt hat. Das Recht erstreckt sich auf einen Pflegeeinmalleistungstarif mit vergleichbarem Leistungsumfang.

Das Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und
- die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wechsels das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Wechsel ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Pflegeeinmalleistungstarifs vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Der Wechsel wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Wechsel in den neuen Pflegeeinmalleistungstarif beim Versicherer stellt, wirksam.

Die Höhe des künftig vereinbarten Betrages der Pflegeeinmalleistung darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegeeinmalleistungstarif richtet sich unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte und Alterungsrückstellung nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 9 b RB/PG 2017 angewendet.

Erläuterungen zur Tarifbezeichnung:

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung PG-C geben die Höhe der jeweils vereinbarten Pflegeeinmalleistung in Euro an.

Beispiel: PG-C/1000 = vereinbarte Pflegeeinmalleistung in Höhe von 1.000,- Euro

Tarif PG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PG

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.01.2017

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im Ausland

In Erweiterung von den §§ 1 Abs. 12, 5 b sowie 15 Abs. 3 und 4 RB/PG 2017 gilt für den Versicherungsschutz im Ausland Folgendes:

– Vorübergehende Aufenthalte im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Außerhalb der vorgenannten Staaten besteht für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz nach diesem Tarif. Darüber hinaus besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird. Sofern keine individuelle Vereinbarung getroffen wird, ruht die Leistungspflicht des Versicherers für die versicherte Person nach Ablauf der sechs Wochen während der Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes.

– Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht für die versicherte Person der Versicherungsvertrag sowie der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird.

b) Leistungspflicht bei Kriegereignissen

Als Kriegereignisse im Sinne des § 5 a RB/PG 2017 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 a RB/PG 2017.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Endet die Versicherung in der PPV oder SPV, kann die Versicherung nach diesem Tarif unter Berücksichtigung der Regelungen in Nr. 1 a bestehen bleiben.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
- Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
- Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Tarifstufen

Die Versicherung kann nach folgenden Tarifstufen vereinbart werden (vgl. Abschnitt B I):

- Tarifstufe PG-K oder
- Tarifstufe PG-K-plus

Je versicherte Person kann nur eine der beiden Tarifstufen vereinbart werden.

5. Neugeborenenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

6. Versicherungsumfang

Das Pfl egetagegeld kann für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege mit jeweils einem Tagessatz vereinbart werden.

Der Tagessatz ist in vollen Eurobeträgen zu vereinbaren. Ein vereinbarter Tagessatz muss mindestens 10,- Euro betragen. Der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege darf in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Wird für die Leistungsart ambulante Pflege kein Pfl egetagegeld vereinbart, ist für diese Leistungsart der Tagessatz mit 0,- Euro anzugeben.

Die Höhe der vereinbarten Tagessätze für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege in Euro.

7. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV festgestellt, ist dies für die tarifliche Leistung maßgebend. Stellt die PPV oder SPV Änderungen oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit fest, ist dies für die Leistungspflicht nach diesem Tarif maßgebend.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nicht durch die PPV oder SPV festgestellt, kann der Versicherungsnehmer die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter beantragen, wenn für die versicherte Person kein Leistungsanspruch aus der PPV oder SPV aufgrund

- eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland oder der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht (vgl. Nr. 1 a),
- von Wartezeiten besteht oder
- des Bezugs von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

Die Begutachtung zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit wird nach den Maßstäben des SGB XI im Wohnbereich der versicherten Person vorgenommen. Sie kann auch außerhalb des Wohnbereiches der versicherten Person durchgeführt werden, wenn die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich nicht möglich ist.

Die Kosten der Begutachtung, die zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

Folgebegutachtungen sind möglich, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen. Es gelten die Bestimmungen nach Abschnitt C 2 b.

8. Sofortleistung bei vorläufiger Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Arzt

In Ergänzung zu Nr. 7 a kann eine Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 3 bis 6 RB/PG 2017 vorläufig durch den behandelnden Arzt anhand eines vom Versicherer ausgehändigten Formulars festgestellt werden, wenn das Erstgutachten der PPV oder SPV über die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit noch nicht vorliegt. Voraussetzung ist, dass unverzüglich der Antrag auf Leistungen aus der PPV oder SPV gestellt wird.

Liegt dem Versicherer diese Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vor, wird ab Beginn des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Sofortleistung beim Versicherer stellt, eine Sofortleistung in Höhe der vereinbarten tariflichen Leistung für Pflegegrad 2 (vgl. Abschnitt B I) erbracht. Die übrigen tariflichen Anspruchsvoraussetzungen müssen erfüllt sein. Die Sofortleistung begründet keinen Anspruch auf eine Beitragsbefreiung nach Abschnitt B II.

Das Erstgutachten über das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person durch die PPV oder SPV ist dem Versicherer unverzüglich einzureichen. Bei Vorliegen des Erstgutachtens wird die Leistungspflicht des Versicherers überprüft und – falls erforderlich – entsprechend angepasst. Ergibt das Erstgutachten, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag, an dem das Erstgutachten ausgestellt wird.

Die Sofortleistung wird maximal für sechs Monate ab Leistungsbeginn gezahlt.

Während der Vertragslaufzeit wird die Sofortleistung für die versicherte Person nur einmal gezahlt.

B) Leistungen des Versicherers

I. Leistungen bei ambulanter und vollstationärer Pflege

Für die vereinbarten Leistungsarten ambulante oder vollstationäre Pflege wird ab Beginn der Leistungspflicht des Versicherers ein vereinbartes Pflegetagegeld gezahlt.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person nach Tarifstufe PG-K eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt wird. Nach Tarifstufe PG-K-plus ist die Voraussetzung für die Leistungspflicht bereits ab einer Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) erfüllt.

1. Leistungen bei ambulanter Pflege

Bei ambulanter Pflege (häusliche Pflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege) wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend der vereinbarten Tarifstufe und des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes	Tarifstufe PG-K-plus Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
1	0	50
2	30	100
3	70	100
4	100	100
5	100	100

Wird die ambulante Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

2. Leistungen bei vollstationärer Pflege

Bei vollstationärer Pflege wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend der vereinbarten Tarifstufe und des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes	Tarifstufe PG-K-plus Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
1	0	50
2	100	100
3	100	100
4	100	100
5	100	100

Wird die vollstationäre Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erhaltene Leistungen sind vom Versicherungsnehmer zurückzuzahlen.

II. Beitragsbefreiung

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt, besteht für sie als zusätzliche tarifliche Leistung eine Beitragsbefreiung für diesen Tarif.

Der Umfang der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Befreiung des Beitrages in %	Tarifstufe PG-K-plus Befreiung des Beitrages in %
4	50	50
5	100	100

Die Beitragsbefreiung beginnt ab dem 1. des Monats, der auf den Monat folgt, für den der Versicherer Versicherungsleistungen für Pflegegrad 4 oder 5 nach Abschnitt B I erbringt.

Sofern für die versicherte Person die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen, jedoch keine Versicherungsleistungen nach Abschnitt B I erbracht werden, weil kein Pfl egetagegeld für die Leistungsart ambulante Pflege vereinbart wurde (Tagessatz von 0,- Euro), beginnt die Beitragsbefreiung frühestens ab dem 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Beitragsbefreiung beim Versicherer stellt.

Die Beitragsbefreiung endet zum 1. des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die nach Satz 1 erforderliche Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt. Wird dann das Versicherungsverhältnis fortgesetzt, ist der Beitrag zu entrichten, der sich unter Berücksichtigung der Abschnitte D, F, G und H im Verlauf des Versicherungsverhältnisses ergibt.

Die Sofortleistung nach Abschnitt A 8 begründet keinen Anspruch auf eine Beitragsbefreiung.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarten Leistungen und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 9 a RB/PG 2017). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nachweis- und Informationspflichten

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

In Ergänzung zu Abschnitt A 7 a sind die Feststellung und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit sowie jede Änderung des Pflegegrades der versicherten Person durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV dem Versicherer vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen. Der Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist ebenfalls unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich darüber hinaus das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit vom Versicherungsnehmer zu verlangen.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, sind darüber hinaus keine Nachweise durch den Versicherungsnehmer zu erbringen. Ein späterer Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist dem Versicherer jedoch durch geeignete Nachweise vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit vom Versicherungsnehmer zu verlangen. Beurteilt der Versicherer die Nachweise als nicht ausreichend, kann er eine Folgebegutachtung durch einen von ihm beauftragten Gutachter zur Überprüfung des Fortbestands der Pflegebedürftigkeit verlangen. Reicht der Versicherungsnehmer die erforderlichen Nachweise nicht ein oder erteilt die versicherte Person nicht ihr Einverständnis zur Folgebegutachtung, kann der Versicherer die Leistungen verweigern. Die entstehenden Kosten einer vom Versicherer verlangten Folgebegutachtung trägt der Versicherer. Verlangt der Versicherungsnehmer eine Folgebegutachtung der Pflegebedürftigkeit, trägt der Versicherungsnehmer die Kosten der Folgebegutachtung.

D) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Tagessätze werden – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – ohne erneute Risikoprüfung alle zwei Jahre zum 1. Juli um jeweils 5 % erhöht, sofern die versicherte Person im Jahr der Erhöhung das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; frühestens jedoch nach Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre.

Die Tagessätze, die sich durch die dynamische Erhöhung ergeben, werden auf volle Eurobeträge aufgerundet.

Für die hinzukommenden Tagessätze wird ein Beitrag erhoben, der sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Lebensalter richtet. Die Beitragsbefreiung nach Abschnitt B II erstreckt sich auch auf den durch die dynamische Erhöhung hinzukommenden Beitrag.

Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Der Versicherungsnehmer kann der Erhöhung der Tagessätze bis zum Ende des Monats in Textform widersprechen, zu dem die Erhöhung wirksam wird.

Wird mehr als zwei unmittelbar aufeinanderfolgenden dynamischen Erhöhungen widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen der Tagessätze. Das Recht auf dynamische Erhöhungen der Tagessätze kann nach erneuter Risikoprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

E) Nachversicherungsgarantien

1. Nachversicherungsgarantie bei Vollendung eines Lebensjahres

Für die versicherte Person besteht bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung eine Erhöhung der Tagessätze zu verlangen.

Die Nachversicherungsgarantie kann nur wahrgenommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt,
- bereits ein Tagessatz von mindestens 10,- Euro für die nachzuversichernde Leistungsart vereinbart ist und
- die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt mindestens 12 Monate nach diesem Tarif versichert ist.

Die bei Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie bestehenden Tagessätze der jeweiligen Leistungsart dürfen maximal verdoppelt werden. Zudem gilt, dass der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein darf als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Durch Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie darf der maximal zu vereinbarende Tagessatz in Höhe von 150,- Euro nicht überschritten werden. Diese Höchstgrenze kann durch den Versicherer erhöht werden.

Diese Nachversicherungsgarantie nach Absatz 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Für die versicherte Person kann bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres entweder die Nachversicherungsgarantie oder das Optionsrecht nach Abschnitt F 1 wahrgenommen werden.

Die Erhöhung der Tagessätze ist nach Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres der versicherten Person innerhalb von sechs Monaten vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Die Erhöhung der Tagessätze wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Erhöhung der Tagessätze beim Versicherer stellt, wirksam.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

2. Nachversicherungsgarantie bei Eintritt eines Ereignisses

Für die versicherte Person besteht das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung eine Erhöhung der Tagessätze zu verlangen, wenn eines der nachfolgenden Ereignisse eingetreten ist:

- Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bei versicherten Schülern, Studenten und Auszubildenden,
- Erstmalige Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit der versicherten Person, sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Einkommen bezieht,
- Aufnahme einer freiberuflichen oder selbstständigen Tätigkeit mit Kammerzugehörigkeit der versicherten Person oder
- Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie durch die versicherte Person.

Die Nachversicherungsgarantie kann nur wahrgenommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt,
- bereits ein Tagessatz von mindestens 10,- Euro für die nachzuversichernde Leistungsart vereinbart ist,
- die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt mindestens 12 Monate nach diesem Tarif versichert ist und
- die versicherte Person bei Eintritt des Ereignisses das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die bei Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie bestehenden Tagessätze der jeweiligen Leistungsart dürfen maximal verdoppelt werden. Zudem gilt, dass der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein darf als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Durch Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie darf der maximal zu vereinbarende Tagessatz in Höhe von 150,- Euro nicht überschritten werden. Diese Höchstgrenze kann durch den Versicherer erhöht werden.

Diese Nachversicherungsgarantie nach Absatz 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die Erhöhung der Tagessätze ist nach Eintritt des Ereignisses innerhalb von sechs Monaten vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Die Erhöhung der Tagessätze wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Erhöhung der Tagessätze beim Versicherer stellt, wirksam.

Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer durch geeignete Nachweise anzuzeigen.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

F) Optionsrechte

1. Optionsrecht auf Wechsel von der Tarifstufe PG-K in die Tarifstufe PG-K-plus

Für Personen, die nach der Tarifstufe PG-K versichert sind, besteht – auch bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit – das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in die Tarifstufe PG-K-plus zu wechseln.

Für die versicherte Person kann dieses Recht mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Jahres ausgeübt werden, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 40, 50 oder 60 Jahre alt wird.

Der Wechsel ist vor dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Dieses Optionsrecht nach Absatz 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Für die versicherte Person kann bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres entweder das Optionsrecht oder die Nachversicherungsgarantie nach Abschnitt E 1 wahrgenommen werden.

Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach der Tarifstufe PG-K zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz nach der Tarifstufe PG-K-plus richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

2. Optionsrecht auf künftige Pflegetagegeldtarife

Bei Veränderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen in der PPV oder SPV besteht für die versicherte Person das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in einen Pflegetagegeldtarif zu wechseln, den der Versicherer aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeführt hat. Das Recht erstreckt sich auf einen Pflegetagegeldtarif mit vergleichbarem Leistungsumfang.

Das Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und
- die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wechsels das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Wechsel ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Pflegetagegeldtarifs vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Der Wechsel wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Wechsel in den neuen Pflegetagegeldtarif beim Versicherer stellt, wirksam.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegetagegeldtarif richtet sich unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte und Alterungsrückstellung nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

G) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

H) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 9 b RB/PG 2017 angewendet.

Erläuterungen zur Tarifbezeichnung:

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung PG geben die vereinbarte Tarifstufe sowie die Höhe des jeweils vereinbarten Pflegetagegeldes in der Reihenfolge der Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege in Euro an.

Beispiel 1: PG-K/30/50 = Tarifstufe PG-K, vereinbartes Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege in Höhe von täglich 30,- Euro und bei vollstationärer Pflege in Höhe von täglich 50,- Euro

Beispiel 2: PG-K-plus/40/50 = Tarifstufe PG-K-plus, vereinbartes Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege in Höhe von täglich 40,- Euro und bei vollstationärer Pflege in Höhe von täglich 50,- Euro