Pflege-Zusatz-Versicherung

AGENTUR
HORST KETELHUT

Vermittlung von starken Versicherungen

Ihre Mehrfach-Versicherungsvertretung

Werraweg 43
33689 Bielefeld

Tel. 05205 - 4233
Fax 05205 - 22980

www.agentur-ketelhut.de

- **die vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen dieses Versicherungsvertrages finden Sie ab Seite 2 dieses Dokuments**

Horst Ketelhut

- **Impressum und weitere Informationen zur AGENTUR HORST KETELHUT**

& Renate Ketelhut

- **zu unseren neuesten Versicherungs- und Anlageempfehlungen**

schAssi
Schaden-Assistance

Vermögen und Familie schützen - die R+V-PflegeVorsorge

Mehr als jeder zweite Deutsche wird im Lebensverlauf pflegebedürftig. Auch junge Menschen sind davor nicht sicher – schwere Erkrankungen oder Unfälle können jeden treffen. Und Pflege kostet. Eigenanteile von monatlich 1.500 Euro oder mehr sind im Pflegefall keine Seltenheit. Geld, das in der Regel anderweitig verplant ist. Viele Familien sind etwa jahrelang an Kredite für das Eigenheim gebunden und tragen außerdem die Verantwortung für Kinder. Die finanziellen und organisatorischen Folgen der Pflegebedürftigkeit treffen meist die ganze Familie. Eine Pflegezusatzversicherung bietet Vermögensschutz. Auch wenn Pflegebedürftigkeit Veränderung bedeutet, wird mit der richtigen Vorsorge vieles einfacher!

Unsere Highlights

- ✓ Inflationsschutz: Bis Alter 70 können Sie von einer regelmäßigen Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung profitieren - auch im Pflegefall
- ✓ Hilfe und Orientierung: Die Malteser sind als unser Partner für Ihre Fragen zur Pflege da - rund um die Uhr!
- ✓ Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht: Sorgen Sie vor - nicht nur finanziell. Wir unterstützen.
- ✓ Beitragsfreistellung ab Pflegegrad 4
- ✓ Ohne Kostennachweise: Sie können über das Pflegemonatsgeld frei verfügen, denn wir zahlen das tarifliche Pflegemonatsgeld unabhängig davon, wieviel die Pflege kostet.
- ✓ Weltweiter Versicherungsschutz
- ✓ Keine Wartezeit

Unsere ausgezeichnete Produkt- und Servicequalität.

Die R+V erhält von unabhängigen Rating-Instituten und der Fachpresse regelmäßig Bestnoten. Das freut uns und gibt Ihnen die Gewissheit, sich in besten Händen zu befinden.

Stand: 07.2019

Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken

Die sieben häufigsten Pflege-Irrtümer.

Wunsch und Wirklichkeit driften beim Thema Pflege oft auseinander.
Das zeigt unser Fakten-Check zu den sieben häufigsten Pflege-Irrtümern.

Pflege-Irrtum 1: **Ich werde kein Pflegefall.**

Fakt ist: Mehr als jeder 2. Mann und 3 von 4 Frauen werden ab dem 30. Lebensjahr im weiteren Lebensverlauf pflegebedürftig. Bei Ehepaaren bspw. trifft es somit mit fast 90-prozentiger Wahrscheinlichkeit mindestens einen von beiden!

Pflege-Irrtum 2: **Wenn ich gepflegt werde, dann erst im hohen Alter.**

Fakt ist: Jeder fünfte Pflegebedürftige ist heute jünger als 65 Jahre!

Pflege-Irrtum 3: **Wenn ich gepflegt werde, dann nur kurz.**

Fakt ist: Die durchschnittliche Pflegedauer über alle Alter hinweg liegt bei 6,7 Jahren (Männer knapp 7 Jahre/Frauen 6,4 Jahre)!

Pflege-Irrtum 4: **Ich werde von meiner Familie gepflegt.**

Fakt ist: Drei Viertel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, rund 70 % davon ausschließlich durch Angehörige. Zukünftig wird dies wegen der demografischen Entwicklung und sich verändernder Familien- und Haushaltsstrukturen allerdings immer schwieriger werden!

Pflege-Irrtum 5: **Die gesetzliche Pflegeversicherung reicht aus.**

Fakt ist: Das glauben 44 % der Bevölkerung. Tatsächlich reicht diese bei Weitem nicht aus und stellt allenfalls eine „Teilkasko"-Absicherung dar. Je nach Versorgungsart und Pflegegrad kann schnell eine Eigenbeteiligung von 1.500 Euro und mehr pro Monat entstehen, die dann privat zu finanzieren ist!

Pflege-Irrtum 6: **Die Pflegekosten kann ich selbst aus meinem Einkommen oder Vermögen zahlen.**

Fakt ist:

abhängig. Die Sozialämter versuchen grundsätzlich, sich das Geld zurückzuholen, und prüfen daher immer, ob ggf.

Pflege-Irrtum 7: **Ich habe doch schon eine private Pflegezusatzversicherung.**

Fakt ist: Das glaubt fast jeder Vierte. Doch offenbar verwechseln hier viele die gesetzliche Pflegeversicherung mit einer privaten Pflegezusatzversicherung. Letztere haben nämlich erst etwa 4 % der Bevölkerung!

Quellen: BARMER GEK Pflegereport 2015, Statistisches Bundesamt 2019, Postbank AG 2019, PKV-Verband 2018

Stand: 07.2019

Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken

R+V

Private Pflegemonatsgeldversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

R+V Krankenversicherung AG, Deutschland, Reg.-Nr. 4116

Tarife PflegeVorsorge (PM1, PM2, PM3)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den vorvertraglichen Informationen sowie den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine private Pflegemonatsgeldversicherung nach einem Tarif PM1, PM2 oder PM3 an.

Was ist versichert?

- ✓ Pflegemonatsgeld bis zur vereinbarten Höhe bei einer Pflegebedürftigkeit nach den Maßgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung
  - in Tarif PM1 bei allen Pflegegraden
  - in Tarif PM2 bei allen Pflegegraden
  - in Tarif PM3 ab Pflegegrad 3
- ✓ Regelmäßige Erhöhung des Pflegemonatsgelds alle 3 Jahre. Sie können der Erhöhung widersprechen
- ✓ Recht auf anlassbezogene Erhöhung des Pflegemonatsgelds oder Wechsel in den nächsthöheren Tarif
- ✓ Recht auf anlassbezogene Ruhensvereinbarung
- ✓ Beitragsbefreiung bei den Pflegegraden 4 und 5
- ✓ Umfangreiche Unterstützungsleistungen rund um die Pflege

Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes begonnen haben, es sei denn, wir sagen den Versicherungsschutz hierfür zu.
- ✗ Mehrkosten für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Ausland.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Versicherungsfälle.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welcher Tarif vereinbart wurde.

o Tarif PM1: Das Pflegemonatsgeld beträgt in

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	10 %	10 %
Pflegegrad 2	100 %	100 %
Pflegegrad 3	100 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Monatsgelds.

o Tarif PM2: Das Pflegemonatsgeld beträgt in

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	10 %	10 %
Pflegegrad 2	30 %	100 %
Pflegegrad 3	70 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Monatsgelds.

o Tarif PM3: Das Pflegemonatsgeld beträgt in

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 3	70 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Monatsgelds.

! Bei Kurzzeitpflege wird das Pflegemonatsgeld für ambulante Pflege gezahlt.

! Es gibt Höchst- und Altersgrenzen bei einzelnen Leistungen, z.B. für die anlassbezogenen Rechte zu Erhöhung, Ruhen oder Dynamik.

Wo bin ich versichert?

✓ Versicherungsschutz besteht weltweit.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten, die von Ihnen abgegebenen Erklärungen müssen den Tatsachen entsprechen. Ansonsten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.
- Auf Nachfrage müssen Sie uns alle zur Prüfung Ihres Leistungsanspruchs erforderlichen Auskünfte geben.
- Im Versicherungsfall müssen Sie den Eintritt, den Wegfall und die Änderung der Pflegebedürftigkeit anzeigen und nachweisen.

Wann und wie zahle ich?

- Der erste Beitrag ist unmittelbar nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Liegt der vereinbarte Versicherungsbeginn in der Zukunft, ist der Beitrag zu diesem Zeitpunkt zu zahlen. Jeden weiteren Beitrag müssen Sie zum Ersten des vereinbarten Zahlungsintervalls zahlen.
- Sie können monatliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise wählen und uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.
- Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, z.B. wenn die versicherte Person stirbt.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Der Vertrag wird für eine Laufzeit von mindestens einem Jahr geschlossen. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie ihn nicht spätestens drei Monate vor Ende eines Kalenderjahres kündigen. Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr, so dass das erste Versicherungsjahr weniger als 12 Monate dauern kann.
- Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassungsklausel können Sie den Vertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Stand: 01.07.2019

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV)

gültig ab 01.07.2019

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall die im vereinbarten Tarif jeweils zugesagten Leistungen (z. B. Pflegemonatsgeld, Unterstützungsleistungen, einmalige Geldleistung).

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB/EPV, dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht..

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherer ist jedoch nicht zur Beantragung anderer Erlaubnisse, als der Erlaubnis nach § 10 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), verpflichtet.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dies umfasst insbesondere auch das Recht zum Wechsel in neue Pflegemonats- oder Pflegetagegeldtarife, die z. B. wegen einer Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung, eingeführt werden. Der Versicherer nimmt einen 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 bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für den hinzukommenden Teil ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes eine im Zieltarif etwaig vorgesehene Wartezeit einzuhalten. Ansonsten erfolgt die Umstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeit. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Der Wechsel in einen Tarif mit geschlechtsabhängig kalkulierten Beiträgen ist ausgeschlossen.

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union (EU), der nicht Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) ist, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

§ 1 a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer,

voraussichtlich für mindestens 6 Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

(a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

(b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

(c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

(d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Köperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereiches, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

(e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:

aa) Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

bb) Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

cc) zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

dd) das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltenvorschriften;

(f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Absatz 2 und Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte nach § 15 Absatz 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). 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 fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unter folgenden Voraussetzungen ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt:

- Am Tage der Geburt bestand für mindestens einen Elternteil beim Versicherer seit mindestens drei Monaten eine Pflegezusatzversicherung. Wurde der Antrag auf die Pflegezusatzversicherung bereits vor dem im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungsbeginn angenommen (Vertragsschluss), rechnet die Dreimonatsfrist von der Antragsannahme an.

- Die Anmeldung zur Versicherung erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend.

- Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der des Elternteils mit dem höherwertigeren Versicherungsschutz.

(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

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch Kopien der Erst- und Folgebescheide der SPV oder PPV nachzuweisen. Liegen solche nicht vor, z. B. weil die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat und deshalb durch die SPV und PPV keine Feststellung erfolgt, ist als Nachweis eine ärztliche Bescheinigung mit den vorliegenden Diagnosen, Befunden, bestehenden Beeinträchtigungen und der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit vorzulegen. Ferner Kopien aller insoweit vorhandenen Arzt-, Krankenhaus- und Befundberichte. Auf Anfrage teilt der Versicherer mit, welche der vorhandenen Unterlagen im Einzelfall benötigt werden.

(3) 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

Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse in einem Staat verursacht sind, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

   Versicherungsschutz besteht jedoch bei Verursachung durch Terrorakte, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stehen.

b) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte außerhalb eines Staats, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, verursacht werden,

   - wenn die versicherte Person sich aktiv an Kriegs- oder Terrorhandlungen beteiligt hat - auch wenn dies im Rahmen der Berufsausübung geschieht;

   - wenn das ursächliche Ereignis während eines Aufenthalts in einem Gebiet eintritt, für das zu diesem Zeitpunkt eine Reisewarnung des Auswärtigen Amts galt.

Versicherungsschutz besteht jedoch für bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung. Dieser Zeitraum verlängert sich so lange wie die versicherte Person das Gebiet unverschuldet nicht verlassen kann.

(c) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz beruhen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
Hierzu zählen insbesondere die in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Informationen.

Bescheinigungen von Ehegatten, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt lebenden Personen reichen als Nachweis nicht aus.

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

(3) 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.

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

(5) 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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 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.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn und endet mit dem 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

(2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

(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 Tag 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 zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der entstandenen Mahnkosten verpflichtet.

(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 nach § 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.

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Als tarifliches Lebensalter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet 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.

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

(5) 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.

(6) In Deutschland sind Beiträge für Pflegezusatzversicherungen nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben. Dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.

In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Pflegezusatzversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.

Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, der Kosten für vertraglich vereinbarte Dienstleistungen, der Häufigkeit von deren Inanspruchnahme 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 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen eventuell vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer durch Vorlage einer Kopie des Bescheids der SPV oder PPV nachzuweisen.

Liegt ein solcher nicht vor, z. B. weil die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat und deshalb durch SPV und PPV keine Feststellung erfolgt, ist als Nachweis eine ärztliche Bescheinigung mit den vorliegenden Diagnosen, Befunden, bestehenden Beeinträchtigungen und der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit vorzulegen. Ferner sind Kopien aller hierzu vorhandenen Arzt-, Krankenhaus- und Befundberichte vorzulegen. Auf Anfrage informiert der Versicherer, welche Unterlagen im Einzelfall benötigt werden.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Sie sind insbesondere verpflichtet, dem Versicherer Kopien der Erst- und aller Folgebescheide der SPV bzw. PPV nebst Kopien der hierzu erstellten Gutachten und ärztlichen Bescheinigungen zu überlassen. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

Hat die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort im Ausland und erfolgen deshalb keine Feststellungen durch die SPV oder PPV, ist die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit dem Versicherer auf einem von ihm zur Verfügung gestellten Vordruck in angemessenen Zeitabständen, spätestens nach jeweils 6 Monaten, nachzuweisen, wenn der Versicherer hierzu auffordert.

Die Kosten hierfür trägt der Versicherer bis zur Höhe der Kosten, die bei Versicherung in der PPV für eine Folgebegutachtung in Deutschland entstünden.

(3) Nach Feststellung des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 durch den Versicherer ist zudem jeder Wechsel von ambulanter zu vollstationärer Pflege anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Ferner ist dem Versicherer die Fortdauer vollstationärer Pflege auf sein Verlangen hin nachzuweisen.

Als Nachweis von vollstationärer Pflege ist eine Leistungsabrechnung der SPV bzw. PPV über Leistungen für vollstationäre Pflege ausreichend

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

Von diesem Recht wird der Versicherer nur Gebrauch machen, wenn mangels Versicherung oder Leistungsanspruch in der SPV und PPV durch diese keine Feststellung und Überprüfung von Pflegebedürftigkeit erfolgt.

(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.

§ 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 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

§ 11 Anzeigepflicht und Folgen bei Wechsel von vollstationärer zu ambulanter Pflege, Minderung oder Wegfall des Pflegegrades, Wegzug ins Ausland

(1) Dem Versicherer ist unverzüglich anzuzeigen:

- der Wechsel von vollstationärer zu ambulanter Pflege,
- Wegfall und Minderung der Pflegebedürftigkeit und
- die Einstufung in einen niedrigeren Pflegegrad.

Erlangt der Versicherer hiervon erst später Kenntnis, so ist der Versicherungsnehmer zur Rückzahlung zu viel gezahlter Leistungen verpflichtet.

Entfällt aufgrund des Wegfalls oder der Minderung der Pflegebedürftigkeit ein Anspruch auf Beitragsbefreiung, so sind die seither fälligen Beiträge nachzuzahlen.

(2) Die Verlegung gewöhnlichen Aufenthalts einer versicherten Person ins Ausland ist dem Versicherer unter Benennung der neuen Adresse ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres 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 aufgrund der Beitragsanpassungsklausel nach § 8 b 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 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.

(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 Absatz 5 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 außerhalb der EU und des EWR 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.

Tarife PflegeVorsorge premium (PM1), PflegeVorsorge comfort (PM2) und PflegeVorsorge classic (PM3) - Pflegemonatsgeld

Die Tarife PM1, PM2 und PM3 gelten jeweils in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV Teil I)

gültig ab 01.07.2019

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In die Tarife PM1, PM2 und PM3 können alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland aufgenommen werden, die in der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind.
Eine Aufnahme ist nicht möglich, wenn die Versicherung in der SPV oder PPV ruht oder als Anwartschaftsversicherung geführt wird, es sei denn, es wird etwas anderes vereinbart.

2. Versicherungsleistungen

Das Pflegemonatsgeld kann ausgehend von einem Mindestsatz von 300 EUR in Schritten von 100 EUR vereinbart werden.

Das Pflegemonatsgeld wird im Versicherungsfall jeweils am Monatsende gezahlt. Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls wird das Pflegemonatsgeld für den entsprechenden Monat voll gezahlt. Bei einer untermonatlichen Einstufung in einen anderen Pflegegrad oder Wechsel zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege, wird für den entsprechenden Monat das höhere Pflegemonatsgeld gezahlt.

Die Höhe der Leistung bemisst sich nach dem vereinbarten Tarif, dem festgestellten Pflegegrad und danach, ob die versicherte Person ambulant oder vollstationär gepflegt wird.

a) Ambulante Pflege

Als ambulante Pflege gelten:

- die häusliche Pflege durch Pflegefachkräfte sowie nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, wie z. B. Angehörige,
- die teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) im Sinne von § 41 Abs. 1 SGB XI (Anhang)
- die Kurzzeitpflege (zeitweise stationäre Pflege) im Sinne von § 42 SGB XI (Anhang),
- die Pflege in Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI (Anhang), z. B. stationäre Einrichtungen, in denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zum Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung im Vordergrund stehen sowie Behinderteneinrichtungen.

b) Vollstationäre Pflege

Als vollstationäre Pflege gilt die ganztägige Versorgung (tags und nachts) der versicherten Person in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) nach § 71 Abs. 2 SGB XI (Anhang) sowie in vollstationären Hospizen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 4 SGB XI (Anhang).

Im Ausland gilt als vollstationäre Pflege, die ganztägige Versorgung (tags und nachts) in stationären Pflegeeinrichtungen, die selbstständig wirtschaften und in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten und im Aufenthaltsland anerkannten Pflegefachkraft gepflegt werden. Die Leistungen der Einrichtung müssen dabei dem Versorgungsaufwand entsprechen, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere

seiner Pflegebedürftigkeit benötigt und Unterkunft, Verpflegung, Grund- sowie Behandlungspflege umfassen.

Krankenhäuser und Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder medizinischen Rehabilitation im Vordergrund stehen, sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Bedingungen.

Wird jedoch die vollstationäre Pflege allein wegen notwendiger Krankenhausbehandlung, eines Aufenthalts in einer stationären Einrichtung zur Vorsorge oder Rehabilitation vorübergehend unterbrochen, werden die Leistungen für vollstationäre Pflege weitergezahlt. Ansonsten wird Pflegemonatsgeld für ambulante Pflege gezahlt.

2.1 Tarife

Das Pflegemonatsgeld beträgt in:

a) Tarif PM1

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	10 %	10 %
Pflegegrad 2	100 %	100 %
Pflegegrad 3	100 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

b) Tarif PM2

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 1	10 %	10 %
Pflegegrad 2	30 %	100 %
Pflegegrad 3	70 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

c) Tarif PM3

Pflegegrad	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege
Pflegegrad 3	70 %	100 %
Pflegegrad 4	100 %	100 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %

des vereinbarten Pflegemonatsgelds.

2.2 Verdoppelung der Leistung

Hat die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls mindestens ein minderjähriges Kind, wird das Doppelte des für den jeweiligen Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgelds gezahlt. Dies gilt auch für den Fall, dass Pflegebedürftigkeit bei der versicherten Person wegen der Geburt eintritt.

Die Verdoppelung endet mit dem Monat, in dem das jüngste der spätestens bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit geborenen Kinder das 18. Lebensjahr vollendet.

2.3 Leistungsbeginn und Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Bei Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die SPV oder PPV

Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflegemonatsgeld auf Antrag. Er erbringt seine Leistungen - gegebenenfalls auch rückwirkend - ab dem Zeitpunkt für den die SPV oder PPV Pflegebedürftigkeit nach einem versicherten Pflegegrad festgestellt hat.

b) Wenn keine Feststellung durch die SPV und PPV erfolgt

Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflegemonatsgeld auf Antrag. Wird durch die SPV und PPV kein Feststellungsverfahren durchgeführt, weil für die versicherte Person keine Versicherung in oder kein Leistungsanspruch gegenüber der SPV und PPV besteht, wird der Versicherer zur Feststellung ein Gutachten nach Maßgabe des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) veranlassen.

Eine erforderliche Untersuchung erfolgt in Deutschland auf Kosten des Versicherers durch einen von ihm beauftragten Gutachter, möglichst im Wohnbereich der versicherten Person.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann eine erforderliche Untersuchung durch einen in Deutschland ansässigen Gutachter auf Antrag auch außerhalb Deutschlands am dortigen Aufenthaltsort erfolgen. Die Mehrkosten hierfür trägt der Versicherungsnehmer. Mehrkosten sind diejenigen Kosten, die die Kosten für eine Begutachtung in Deutschland bei Versicherung in der PPV übersteigen, einschließlich der Reisekosten zum Aufenthaltsort im Ausland und der Kosten für angemessene Unterkunft und Verpflegung des Gutachters. Der Versicherer kann die Auftragserteilung von der Zahlung eines angemessenen Vorschusses für die Mehrkosten abhängig machen. Dies gilt auch für Folgegutachten zum Nachweis der Fortdauer von Pflegebedürftigkeit.

Bestätigt das Gutachten eine Pflegebedürftigkeit, wird das tarifliche Pflegemonatsgeld frühestens für den Monat gezahlt, in dem der Antrag auf Leistungen beim Versicherer eingegangen ist, jedoch nicht für Zeiten vor Beginn des Monats, für den Pflegebedürftigkeit nach einem versicherten Pflegegrad festgestellt wird.

2.4 Unterstützungsleistungen

Anspruch auf Unterstützungsleistungen besteht nur in Deutschland. Unterstützungsleistungen werden in Zeiträumen erbracht, in denen Pflegebedürftigkeit besteht oder in denen der behandelnde Arzt Pflegebedürftigkeit vermutet, solange das jeweilige Feststellungsverfahren nicht ohne Feststellung eines Pflegegrades abgeschlossen ist.

Es werden folgende Unterstützungsleistungen, ggf. durch beauftragte Dienstleister, erbracht:

a) Telefonische Unterstützung

- Beratung und Information rund um das Thema Pflege, z. B. zu Pflegeleistungen der zuständigen Leistungsträger (z. B. SPV, PPV, Sozialhilfe), Entlassungsmanagement bei einer anstehenden Überleitung aus dem Krankenhaus in die häusliche oder stationäre Pflege

- Unterstützung bei Anträgen auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI einschließlich Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

- Demenzberatung
  individuelle Beratung und Information zu der Erkrankung mit Hinweisen zu Besonderheiten bei der Pflege

- Beratung und Information zum behindertengerechten Umbau von Kraftfahrzeugen einschließlich der Information zu Fördermöglichkeiten und Vermittlung von Einrichtungen/Firmen, die etwaige Maßnahmen im Einzelnen planen und ausführen. Die Kosten für die Ausführung sind nicht Gegenstand des Tarifs.

- Beratung und Information zu Pflegehilfsmitteln

- Bei einer psychischen Belastungssituation im Pflegefall erfolgt einmalig eine psychosoziale Erstberatung der versicherten Person und ihrer nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen, z. B. Angehörige, durch einen Psychologen.

b) Unterstützung auch vor Ort

- Persönliche Beratung rund um die Pflege auf Wunsch vor Ort bei der versicherten Person, z. B. zur Organisation der Pflege, Planung von Pflegeeinsätzen einschließlich Information und Beratung zu Leistungen der SPV und PPV

- Wohnraumberatung mit Wohnraumbegehung
  Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder Erhöhung des Pflegegrads besteht Anspruch auf Beratung zu den Möglichkeiten einer alters- und behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfelds der versicherten Person und pflegeerleichternden Umbaumaßnahmen. Ferner zu den Möglichkeiten der Ausstattung von Wohnung oder Haus der versicherten Person mit Unterstützungssystemen (z. B. Notrufsysteme, Smart Home) einschließlich der Information zu Fördermöglichkeiten und Vermittlung von Einrichtungen/Firmen, die etwaige Maßnahmen im Einzelnen planen und ausführen. Die Kosten für die Ausführung entsprechender Maßnahmen sind nicht Gegenstand des Tarifs.

c) Vermittlung von Pflegeleistungen

Der Versicherer nennt und vermittelt auf Wunsch:

- ambulante Pflegedienste

- Einrichtungen für teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege

- Pflegeheimplätze
  Im Bedarfsfall wird für eine bisher noch nicht vollstationär gepflegte versicherte Person einmal ein möglichst wohnortnaher Pflegeheimplatz (vollstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege) vermittelt. Die Vermittlung erfolgt von Montag bis Freitag innerhalb von 24 Stunden. Entspricht der vermittelte Pflegeplatz nicht den Wünschen der versicherten Person, z. B. weil in der gewünschten Region kurzfristig keine Einrichtung verfügbar ist, wird die Suche nach einer passenden Unterkunft fortgesetzt bis eine solche Einrichtung gefunden ist. Die 24-Stunden Frist gilt nicht für Kinder und nicht für selbstmordgefährdete Erwachsene. Es kann sich im Einzelfall für die erste Zeit auch dann um einen Platz für Kurzzeitpflege handeln, wenn ein vollstationärer Pflegeplatz gewünscht ist.

- Vermittlung von Pflegeschulungen für Pflegepersonen und nahe Angehörige (z. B. Eltern, Kinder, Geschwister, Schwiegereltern, -kinder, Verschwägerte).

d) Vermittlung von Alltagshilfen

Der Versicherer berät zu Alltagshilfen und nennt und vermittelt Dienstleister für Alltagshilfen:

- unterstützende Tätigkeiten im Haushalt (z. B. Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Einkäufe, Menüservice)
- Fahrdienste
- Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
- Urlaubsangebote (z. B. barrierefreie Hotels) und Freizeitmöglichkeiten

e) Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung

Unabhängig vom Versicherungsfall erteilt der Versicherer für die versicherte Person auf Anfrage telefonische Basisinformationen zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Es werden grundlegende, Fragen beantwortet und auf Wunsch entsprechende Vorlagen zugesandt.

Die Unterstützungsleistungen nach Nr. 2.4 a) bis d) können auch von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen und nahen Angehörigen im Sinne von § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) siehe Anhang, z. B. Ehegatten, Partner, Geschwister, Kinder, Schwiegerkinder, Eltern, Schwiegereltern oder Verschwägerten für die versicherte Person in Anspruch genommen werden.

2.5 Beitragsfreistellung

Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 ist der für die versicherte Person vereinbarte Tarif PM1, PM2 oder PM3 ab dem Monat beitragsfrei, der auf den Monat folgt ab dem vom Versicherer Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 4 gezahlt werden.

Die Beitragsfreistellung endet, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person sich auf weniger als Pflegegrad 4 vermindert. Geschieht dies untermonatlich, endet die Beitragsfreistellung mit Beginn des darauffolgenden Monats. Ab diesem Zeitpunkt ist, gegebenenfalls rückwirkend, der dann geltende Beitrag zu zahlen.

3. Planmäßige Erhöhung des Pflegemonatsgeld (Dynamik)

Der Versicherer erhöht das vereinbarte Pflegemonatsgeld nach folgenden Maßgaben alle drei Jahre und ohne erneute Gesundheitsprüfung planmäßig um 10 % des zuletzt vereinbarten Monatsgelds.

Die erste Erhöhung erfolgt zum 1. Januar des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn, wenn die Versicherung zu diesem Zeitpunkt weder ruht noch als Anwartschaft geführt wird. Dabei wird das Pflegemonatsgeld kaufmännisch auf volle 10 EUR gerundet. Ein Tarifwechsel unterbricht die Frist und sie beginnt neu.

Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen für das zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhung endet mit Ablauf des Jahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informiert. Die Erhöhung entfällt für die jeweilige versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung der Erhöhung widerspricht.

Wird für eine versicherte Person drei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen. Hat der Versicherungsnehmer für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, weist der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Information zur folgenden planmäßigen Erhöhung auf diese Folge eines erneuten Widerspruchs hin.

4. Option zur Verbesserung des Versicherungsschutzes (Nachversicherungsoption)

Bei Eintritt eines der unter Nr. 4.1 genannten Ereignisse kann für die betroffene versicherte Person unter den in Nr. 4.2 genannten Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangt werden, dass entweder

- das Pflegemonatsgeld um bis zu 30 % (jeweils kaufmännisch gerundet auf volle 10 EUR) erhöht wird oder

- die Versicherung von Tarif PM3 in Tarif PM2 oder von Tarif PM2 in PM1 umgestellt wird.

Während der Vertragslaufzeit kann für eine versicherte Person insgesamt dreimal von Nachversicherungsoptionen Gebrauch gemacht werden. Tarifwechsel unterbrechen die Vertragslaufzeit nicht. Das heißt, Optionen, von denen bereits vor einem Tarifwechsel Gebrauch gemacht wurde, werden bei Ermittlung der Höchstzahl mitberücksichtigt.

Treten zu einem Termin zwei Ereignisse nach Nr. 4.1 ein, besteht nur eine Option.

Die Vertragsänderung wird zum nächsten Monatsersten wirksam, der auf den Eingang des Antrags beim Versicherer folgt.
Der für die Änderung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

4.1 Anlässe für eine Nachversicherungsoption

Von einer Nachversicherungsoption kann Gebrauch gemacht werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Vollendung des 18. Lebensjahrs
- Erfolgreicher Abschluss einer Berufsausbildung in einem von der Bundesanstalt für Arbeit anerkannten Ausbildungsberuf
- Erfolgreicher Abschluss eines berufsqualifizierenden Studiums an einer staatlich anerkannten Hochschule
- Heirat
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Rechtskräftige Scheidung oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe für den Pflegefall aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Ausscheiden aus dem Kreis der in der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen
- Eintritt von Pflegebedürftigkeit des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners oder eines Kinds der versicherten Person (unabhängig von dessen Alter)
- Tod des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners oder eines Kindes der versicherten Person (unabhängig von dessen Alter)
- Einmalig während der Vertragslaufzeit: Abschluss eines Darlehensvertrags mit einer Darlehenssumme von mindestens 100.000 EUR zur Finanzierung, Modernisierung oder Instandsetzung einer selbstgenutzten Immobilie

Werden zur Wahrnehmung eines Optionsrechts Daten zu Personen übermittelt, die im Rahmen des Versicherungsverhältnisses weder Versicherungsnehmer noch versicherte Person sind, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die betroffene Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter hierüber zu informieren und ihr das mit dem Versicherungsschein übersandte Datenschutzmerkblatt auszuhändigen. Der Versicherer stellt dieses auf Anforderung nochmals zur Verfügung.

4.2 Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine wirksame Geltendmachung einer Nachversicherungsoption sind:

- Der Antrag ist beim Versicherer innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 4.1 eingegangen,
- Das Versicherungsverhältnis ruht nicht und es ist keine Anwartschaft vereinbart,

Die versicherte Person

- hat das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- sie ist nicht pflegebedürftig und
- für sie ist kein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt

Die Voraussetzungen müssen zum Zeitpunkt des jeweiligen Ereignisses nach Nr. 4.1 und bis zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags beim Versicherer vorliegen.

5. Ruhen

Bei Eintritt eines der unter Nr. 5.1 oder 5.2 genannten Ereignisse kann für das Versicherungsverhältnis der versicherten Person das Ruhen der Versicherung verlangt werden, wenn die in Nr. 5.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Aufeinandertreffen mehrerer Ereignisse, ist ein Ruhen längstens bis zum Ablauf der längsten Höchstdauer möglich.

In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

- es sind keine Beiträge zu zahlen,
- der Versicherer erbringt keine Leistungen (Pflegemonatsgeld, Unterstützungsleistungen), siehe aber Nr. 5.2,
- für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle werden Leistungen erst für die Zeit nach Beendigung des Ruhens erbracht,
- es wird keine weitere Alterungsrückstellung aufgebaut,
- es kann nicht von einer Nachversicherungsoption Gebrauch gemacht werden,
- es erfolgt keine planmäßige Erhöhung (Dynamik),
- der Lauf von Fristen, wie z. B. das Intervall für die Dynamik, wird nicht unterbrochen.

Das Ruhen beginnt mit dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Ruhen beim Versicherer folgt.

Mit Ablauf der vereinbarten Ruhenszeit tritt die vorherige Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellung zu zahlen, § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV.

5.1 Ruhensgründe und Höchstdauer

Ein Ruhen kann unter den Voraussetzungen nach Nr. 5.3 und bis zur jeweils genannten Höchstdauer verlangt werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu 24 Monate
- Sabbatical oder unbezahlter Urlaub (berufliche Auszeit), bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht sowohl bei unbezahltem Urlaub als auch in dem Fall, dass mit dem Arbeitgeber oder Dienstherrn für die Zeit vor der Freistellung ein vorübergehender teilweiser Entgeltverzicht vereinbart wird, damit dieses Entgelt im Befreiungszeitraum ausgezahlt werden kann. Die Frist für den Antrag beginnt mit der Freistellung von der Arbeitsleistung, bei vorherigem Entgeltverzicht mit Beginn des Entgeltverzichts.
- Arbeitslosigkeit, bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss arbeitslos wird und Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hat. Dies gilt auch, für den Fall einer Sperrzeit.
- Hilfebedürftigkeit, bis zu 36 Monate
  Ist die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, kann die Versicherung bis zu 36 Monate ruhen. Abweichend von Nr. 5.3 ist für das Ruhen vorab kein fester Zeitraum festzulegen.
  Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

Das Ruhen endet zum Beginn des Monats, der auf das Ende der Hilfebedürftigkeit folgt, spätestens mit Ablauf von drei Jahren. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
- Darüber hinaus kann der Versicherer bei Vorliegen besonderer Umstände einem Ruhen für einen festgelegten Zeitraum zustimmen.

5.2 Ruhen der Beitragszahlung nach Geburt eines Kinds

Bei Geburt eines Kinds der versicherten Person kann für deren Versicherungsverhältnis ein Ruhen für eine Dauer von bis zu 24 Monaten vereinbart werden, wenn die in Nr. 5.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
Tritt während der Ruhenszeit ein Versicherungsfall ein, werden jedoch abweichend von Nr. 5 Satz 3 Pflegemonatsgeld gezahlt und die vertraglichen Unterstützungsleistungen nach Nr. 2.4 erbracht.

Der Geburt eines Kinds ist die Adoption eines Kinds mit einem Alter von bis zu 6 Jahren gleichgestellt.

5.3 Voraussetzungen

Voraussetzungen für ein Ruhen ist, dass

- der Antrag innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 5.1 oder 5.2 beim Versicherer eingeht,
- mit dem Antrag der gewünschte Ruhenszeitraum mitgeteilt wird - außer bei Hilfbedürftigkeit,
- ein Ereignis nach Nr. 5.1 oder 5.2 nachgewiesen wird und
- für diesen Zeitraum Ruhen noch nicht vereinbart ist.

Der Ruhensgrund darf zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags nicht weggefallen sein.

5.4 Herabsetzung des Pflegemonatsgelds

Ohne Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 13 AVB/EPV kann eine Reduktion des Pflegemonatsgelds nach folgenden Maßgaben verlangt werden:

a) nach einem Ruhen innerhalb von sechs Monaten ab Beendigung des Ruhens,

b) anstatt des Ruhens innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines Ruhensgrunds.

Dabei darf das Pflegemonatsgeld 300 EUR nicht unterschreiten.

Eine spätere Erhöhung des Pflegemonatsgelds ohne Gesundheitsprüfung erfolgt ausschließlich unter den Voraussetzungen der Nrn. 3 (Dynamik) und 4 (Nachversicherungsoption).

Auftragserteilung von der Zahlung eines angemessenen Vorschusses für die Mehrkosten abhängig machen

2.2 Vertragsende bei Auszahlung der Leistung

Tarif PE endet mit Ablauf des Monats, in dem bei der versicherten Person erstmals Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 oder ein höherer Pflegegrad festgestellt wird.
Etwaig darüber hinaus bereits gezahlte Beiträge werden erstattet.

3. Planmäßige Erhöhung der Einmalleistung (Dynamik)

Der Versicherer erhöht die vereinbarte Einmalleistung alle drei Jahre und ohne erneute Gesundheitsprüfung planmäßig um 10 % des zuletzt vereinbarten Betrags.

Die erste Erhöhung erfolgt zum 1. Januar des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn, wenn die Versicherung zu diesem Zeitpunkt weder ruht noch als Anwartschaft geführt wird. Dabei wird die Leistung kaufmännisch auf volle 10 EUR gerundet.

Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhung endet mit Ablauf des Jahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informiert. Die Erhöhung entfällt für die jeweilige versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung der Erhöhung widerspricht.

Wird für eine versicherte Person drei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen. Hat der Versicherungsnehmer für die versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, weist der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Information zur folgenden planmäßigen Erhöhung auf diese Folge eines erneuten Widerspruchs hin.

4. Ruhen

Bei Eintritt eines der unter Nr. 4.1 oder 4.2 genannten Ereignisse kann für das Versicherungsverhältnis der versicherten Person das Ruhen der Versicherung verlangt werden, wenn die in Nr. 4.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Bei Aufeinandertreffen mehrerer Ereignisse, ist ein Ruhen längstens bis zum Ablauf der längsten Höchstdauer möglich.

In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

- es sind keine Beiträge zu zahlen,
- der Versicherer erbringt keine Leistung, siehe aber Nr. 4.2,
- es wird keine weitere Alterungsrückstellung aufgebaut,
- es erfolgt keine planmäßige Erhöhung (Dynamik),
- der Lauf von Fristen, wie z. B. das Intervall für die Dynamik, wird nicht unterbrochen.

Das Ruhen beginnt mit dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Ruhen beim Versicherer folgt.

Mit Ablauf der vereinbarten Ruhenszeit tritt die vorherige Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter

unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellung zu zahlen, § 8a Abs. 3 und 4 AVB/EPV.

4.1 Ruhensgründe und Höchstdauer

Ein Ruhen kann unter den Voraussetzungen nach Nr. 4.3 und bis zur jeweils genannten Höchstdauer verlangt werden, wenn bei der versicherten Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu 24 Monate
- Sabbatical oder unbezahlter Urlaub (berufliche Auszeit), bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht sowohl bei unbezahltem Urlaub als auch in dem Fall, dass mit dem Arbeitgeber oder Dienstherrn für die Zeit vor der Freistellung ein vorübergehender teilweiser Entgeltverzicht vereinbart wird, damit dieses Entgelt im Befreiungszeitraum ausgezahlt werden kann. Die Frist für den Antrag beginnt mit der Freistellung von der Arbeitsleistung, bei vorherigem Entgeltverzicht mit Beginn des Entgeltverzichts.
- Arbeitslosigkeit, bis zu 12 Monate
  Ein Anspruch besteht, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss arbeitslos wird und Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) hat. Dies gilt auch, für den Fall einer Sperrzeit.
- Hilfebedürftigkeit, bis zu 36 Monate
  Ist die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, kann die Versicherung bis zu 36 Monate ruhen. Abweichend von Nr. 4.3 ist für das Ruhen vorab kein fester Zeitraum festzulegen.
  Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.
  Das Ruhen endet zum Beginn des Monats, der auf das Ende der Hilfebedürftigkeit folgt, spätestens mit Ablauf von drei Jahren. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
- Darüber hinaus kann der Versicherer bei Vorliegen besonderer Umstände einem Ruhen für einen festgelegten Zeitraum zustimmen.

4.2 Ruhen der Beitragszahlung nach Geburt eines Kinds

Bei Geburt eines Kinds der versicherten Person kann für deren Versicherungsverhältnis ein Ruhen für eine Dauer von bis zu 24 Monaten vereinbart werden, wenn die in Nr. 4.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
Tritt während der Ruhenszeit Pflegebedürftigkeit nach einem Pflegegrad 2 bis 5 ein, wird abweichend von Nr. 4 Satz 3 die Einmalleistung gezahlt.
Der Geburt eines Kinds ist die Adoption eines Kindes mit einem Alter von bis zu sechs Jahren gleichgestellt.

4.3 Voraussetzungen

Voraussetzungen für ein Ruhen ist, dass

- der Antrag innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines Ereignisses nach Nr. 4.1 oder 4.2 beim Versicherer eingeht,
- mit dem Antrag der gewünschte Ruhenszeitraum mitgeteilt wird - außer bei Hilfebedürftigkeit
- ein Ereignis nach Nr. 4.1 oder 4.2 nachgewiesen wird und
- für diesen Zeitraum Ruhen noch nicht vereinbart ist.

Der Ruhensgrund darf zum Zeitpunkt des Eingangs des Antrags nicht weggefallen sein.